Rok XLVII. Kraków, dnia 30. maja 1908 Nr 22.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z pracowni chemicznej Zakładu fizyologii Prof. Dr Adolfa Becka we Lwowie.

## O braku zależności pomiędzy indykanem moczu, a indolem w kale.

Podał

**Wacław Moraczewski.**

Powiększona ilość indykanu w moczu uchodzi dotąd na dowód nieprawidłowego gnicia w kiszkach i wywołuje ze strony lekarzy zabiegi, mające na celu opróżnienie kiszek albo odkażenie ich treści. Nie brak uwag ze strony bardzo ścisłych badaczów, że indykan bywa w moczu zwiększony niezależnie od stanu kiszek, ale uwagi te mało uwzględniane bywają. I nie dziw. Niezbitego dowodu innego pochodzenia indykanu nikt dotąd nie dał. Musimy więc trzymać się na razie dawnej teoryi. Najwyżej możemy usiłować zmodyfikować ją jeżeli trzeba, zbadawszy zależność, jaka zachodzi pomiędzy ilością indykanu w moczu, a ilością indolu w kale.

Zbadanie tej zależności było celem niniejszej pracy, która ciągnie się od lat wielu i wiele z latami zmian przechodziła. Chodziło przedewszystkiem o ilościowe oznaczenie indolu w kale. Kiedy Schmidt i Baumstark polecili reakcyę Ehrlicha, polegającą na kondensacyi indolu z aldehydem w obecności kwasu solnego, wykonałem szereg doświadczeń, nadawszy temu odczynowi możliwą ścisłość i mierząc ilość utworzonego barwika najdokładniejszą, bo spektrofotometryczną metodą. Nie trudno było się przekonać, że odczyn Ehrlicha w formie, podanej przez Schmidta i Baumstarka, nie nadaje się do oznaczenia indolu, że jest odczynem barwików żółciowych, tak zwanego urubilinogenu czy hydrobilirubinogenu, jak to udowodnił między innymi Kimura. Próbowałem tedy stosować ten sam odczyn do oczyszczonego indolu i w tym celu wypędzałem indol z kału zapomocą destylacyi, a z produktów destylacyi wyciągałem go eterem. Dopiero po odparowaniu eteru stosowałem odczyn Ehrlicha do pozostałości wyciągów eterycznych,a ilość otrzymanego barwika mierzyłem w spektrofotometrze.

Nawet ta metoda nie wydała mi się bez zarzutu, wiedzie ona bowiem do utraty indolu przez niedokładne wyciąganie, a bardziej jeszcze przez odparowanie wyciągów eterycznych. Wreszcie odczyn aldehydowy, ani zbyt czuły, ani zbyt pewny nie jest. Sądziłem więc, że najlepiej będzie użyć do oznaczenia indolu odczynu z azotynem sodowym i na nim oprzeć metodę ilościowego oznaczania.

Metoda, którą w ostatnich czasach się posługiwałem i którą nadal polecać mogę, jazt następująca:

30—40 gr kału stałego, a 80—100 gr płynnego gotuje się w kolbie zawartości $1^1/_2$ litra z 700 $cm^3$ wody, dopóki nie przedestyluje się 500 $cm^3$. W tych 500 $cm^3$ zawarty jest cały indol kału, bo jak się łatwo przekonać z prób robionych z rozczynem indolu — zawartość kolby po oddestylowaniu 500 $cm^3$ odczynu indolowego prawie nie daje. W części destylatu n. p. 100 $cm^3$ oznaczamy indol kolorymetrycznie w następujący sposób: Bierzemy około 120 $cm^3$, zakwaszamy 10 kroplami zgęszczonego kwasu siarczanego, wstrząsamy z małą ilością krzemionki (Kieselgur), aby pozbawić płyn zmętnienia i sączymy możliwie pospiesznie. Do przesączu dolewamy 5—8 kropel $2^0/_{00}$ rozczynu azotynu sodowego i zostawiamy w spokoju na 2 godziny. Po tym czasie zabarwienie przyjmuje kolor różowawy i odcień dochodzi do szczytu swego zabarwienia. Pozostaje tylko porównać je z zabarwieniem normalnego rozczynu indolu. W tym celu rozpuszczamy 1 $cm^3$ jednoprocentowego indolu w 500 $cm^3$ wodą. Z rozczynu tego bierzemy 5 $cm^3$, dopełniamy do 100 wody, zakwasiwszy 10 kroplami kwasu siarczanego i dodawszy 5 kropli $2^0/_{00}$ rozczynu azotynu sodowego. Rozczyn normalny wlewamy do prawego cylindra kolorymetru Wolffa [1]), a do lewego cylindra wlewamy nasz destylat z kału, zaprawiony azotynem i siarczanym kwasem.

Porównując zabarwienia, łatwo odczytamy zawartość indolu w destylacie. Jeżeli n. p. normalny rozczyn zajmował wysokość 50 $cm^3$ w cylindrze, a rozczyn indolu w destylacie 25 $cm^3$, to destylat zawiera dwa razy tyle indolu, co rozczyn normalny. Ponieważ rozczyn normalny zawiera 0.000002 gr indolu w 1 $cm^3$, zatem badany rozczyn zawiera 0.000004 gr indolu w 1 $cm^3$. W całym więe destylacie będzie indolu 500 razy więcej, t. j. 0.0020 gr, a jeżeli destylat otrzymaliśmy z 40 gr kału, to 40 gr zawierały 0.0020 gr indolu. Zatem dzienna ilość byłaby 0.0060 gr, jeżeli dzienna ilość kału wynosi 120 gr.

Metoda ta wymaga niewielu komentarzy: 1) Należy przy początku destylacyi płomień utrzymywać bardzo mały, aby ustrzedz się przed burzeniem i przerzuceniem płynu z kolby do odbieralnicy; 2) należy porównywać rozczyny

[1]) Kolorimetrie u. Quantitat. Spectralanalyse G. Krüss u. H. Krüss. Hamburg-Leipzig 1891.

zabarwione w jaknajwiększem rozcieńczeniu, zatem używać jako normalnego rozczynu, słupa barwika wysokości 50 cm³.

Obok oznaczania indolu w kale, oznaczaliśmy w szeregu badań barwiki żółciowe albo raczej urobilinę kału, w celu oznaczania wsysania się barwika i wykrycia zależności między urobiliną moczu i kału.

W tym celu stosowaliśmy w moczu metodę Müllera, w kale zadawalnialiśmy się wyciągiem alkoholowym zakwaszonym kwasem solnym, który badaliśmy spektrofotometrem Glana lub Vierordta.

Przy badaniu indolu braliśmy zawsze pod uwagę całodzienną ilość kału, ilość części stałych, azot zawarty w częściach stałych; w moczu zaś ilość moczu, ilość azotu, ilość indygo i związanego kwasu siarczanego. Indykan zamienialiśmy metodą Obermayera zapomocą kwasu solnego i chlorku żelaza w indygo. Indygo wyciągaliśmy chloroformem i po wyparowaniu ważyliśmy, a rozpuściwszy w 5 cm³ zgęszczonego kwasu siarczanego miareczkowaliśmy ustawionym na czyste indygo rozczynem nadmanganianu potasu. Metod tych trzymaliśmy się stale w ciągu całego badania.

(C. d. n.)

---

**Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.**

## Kilka uwag i spostrzeżeń o samozatruciu z przewodu pokarmowego.

Podał

**Prof. Dr L. Korczyński.**

(Ciąg dalszy).

Stosunkowo najprościej ma się rzecz z tężyczką, w tych przypadkach, w których istnieją wyraźne zmiany w narządzie pokarmowym, najczęściej w postaci znacznego rozszerzenia żołądka, rzadziej w postaci niedowładu jelit i związanych z nim przypadłości jelitowych. Bardzo pouczające jest pod tym względem spostrzeżenie, opisane przez Jakobsohna i Ewalda, a nieco później także przez Albuego. Odnosiło się ono do osoby 26-letniej, która dostawała napadów kurczów tężyczkowych, ilekroć dłużej trwało zaparcie żywota. Skoro tylko wystąpiła biegunka, napad przemijał. W samych początkach choroby zdarzały się napady rzadziej, co 2—3 miesięcy, z biegiem czasu coraz częściej, wreszcie co 8—14 dni. Okres napadów trwał za każdym razem 5—6 dni. Dokładniejsze badania chemiczne kału i moczu stwierdziły ciekawe szczegóły. Kał odznaczał się wielką zawartością tłuszczu, którego ilość dochodziła do 40% suchej pozostałości; w moczu znajdowano w okresie napadów ciało chemiczne, dające odczyny ptomatynów. Ilość tego ciała, uzyskanego w postaci soli kwasu pikrynowego, przez Jakobsona i Ewalda, a soli podwójnej, złota i platyny, przez Albuego była wszakże zamała, aby można było wykonać dokładny rozbiór drobinowy, względnie, żeby zbadać jego działanie trujące na zwierzętach. Spostrzeżenia kliniczne uzupełnił Albu wynikiem oględzin pośmiertnych, które stwierdziły tylko znaczną niedokrwistość i zmiany zanikowe narządów miąższowych. W układzie nerwowym nie znaleziono zmian ani grubszych, dających się stwierdzić gołem okiem, ani drobnowidowych.

Tężyczki nie spotykamy często w przebiegu chorób żołądka i jelit. Należy ona raczej do bardzo rzadkich zjawisk. O wiele częściej przydarzają się u dzieci nietypowe kurcze mięśniowe po błędach dyetetycznych, zwłaszcza zaś przy obecności czerwi w kiszkach. O ile tego rodzaju spostrzeżenia zaliczać wolno do zakresu samozatruć z przewodu pokarmowego, trudno stanowczo rozstrzygnąć. Natomiast bardzo prawdopodobnym jest związek przyczynowy między stanem narządu pokarmowego, a napadowymi kurczami mięśniowymi w wieku młodzieńczym, gdy ustrój przebywa jakoby okres przeobrażania się. Natury wątłe oddziaływają na to czasem bardzo wyraźnie, a wśród najrozmaitszych zaburzeń przydarzają się i takie, które snadnie poczytywać można za następstwo samozatrucia. Jednem z takich spostrzeżeń zdaje mi się być następujące:

St. F., lat 15, córka urzędnika, uczenica seminaryum. Jako dziecko miała się rozwijać zupełnie prawidłowo. Regularność wystąpiła przed rokiem. Od samego początku była skąpa i pojawiała się w różnych odstępach czasu; od 3 miesięcy nie ma jej zupełnie. Od dłuższego czasu przypadłości żołądkowe, brak łaknienia, gniecenie w dołku po jedzeniu, nudności, nadto uporczywe zaparcie stolca. Chora znacznie zeszczuplała, pobladła, żali się często na bole i zawroty głowy, nic jej nie zajmuje, nie może się uczyć. W lutym 1907 dołączyły się do tego napady kurczów mięśniowych, które rozpoczynają się od goleni i albo ograniczają się tylko do kończyn dolnych, albo rozprzestrzeniają się na całe ciało. Kurcze te są bardzo bolesne. Napady powtarzają się w nieregularnych odstępach czasu. Przed każdym czuje się chora więcej osłabiona, niespokojna, bole i zawroty potęgują się znacznie, niekiedy mówi lub robi coś, z czego nie zdaje sobie należycie sprawy. Przy cięższym napadzie przydarza się, że chora zupełnie traci świadomość. Ojciec chorej miał w młodych latach przechodzić kiłę. Później nigdy nie zauważał żadnych objawów następowych. Żona jego nigdy nie roniła. Sam od dłuższego czasu cierpi na przypadłości żołądkowe. Badając go, nie mogłem wykryć śladów kiły, a znalazłem znaczny niedowład żołądka i kiszek i spore guzy krwawnicze.

Stan chorej w połowie maja 1907 był następujący:

Dziewczynka o wejrzeniu sympatycznem, z wyrazem twarzy sentymentalnym, inteligentnym, pognębionym; całe jej zachowanie się zupełnie prawidłowe. Wzrost mały, budowa kośćca wątła. Skóra i błony śluzowe blade, mięśnie wątłe, podściółka tłuszczowa słabo rozwinięta. Gruczoł tarczowy powiększony. Gruczoły chłonne, dostępne badaniu, macalne, ale niewielkie. Klatka piersiowa symetryczna. W zakresie narządu oddechowego żadnych zmian wykryć nie można. Uderzenie końca serca w IV. międzyżebrzu w linii sutkowej; rozmiary serca prawidłowe, tony czyste, tętno słabo napięte, liczba tętna około 80. Nad żyłami szyjnemi buczenie. Brzuch nieco wzdęty, dość tkliwy. W żołądku wyraźne pluskanie; górna granica żołądka na wysokości 7 żebra, dolna około 3 cm poniżej linii pępkowej. Wątroba tkliwa, brzeg jej macalny pod łukiem żebrowym. Jelita grube wypełnione; w jelicie ślepem głośne kruczenie, w pętli esowatej zbity grudkowaty kał. W moczu znaczna ilość indykanu. W układzie nerwowym oprócz bolesności mięśni przy ucisku i pewnej nadczułości pni nerwowych, tylko wygórowana pobudliwość mechaniczna mięśni i wzmożenie odruchów ściągniętych. Znamion histerycznych w układzie czuciowym nie ma zupełnie.

Rozpoznanie istoty napadów przedstawiało w tym przypadku dość znaczne trudności. W rachubę należało wziąć trzy możliwe postacie nerwic: tężyczkę, padaczkę i histeryą. Kurcze jako takie przemawiałyby najwięcej za pierwszą z tych chorób. Ale przy tężyczce nie ma zupełnie zaburzeń świadomości, jest wybitna bolesność pni nerwowych, przez ucisk pni wywołać można najczęściej napad. W naszym przypadku przedstawiała się sprawa inaczej. Za padaczką przemawiałyby zaburzenia świadomości, niewyraźny zresztą okres zwiastunów, a jako szczegół pośredniej wartości kiła ojca. Dla rozpoznania histeryi i napadów histeroepileptycznych brakowało zupełnie podstaw. Napady przedstawiały więc typ pośredni między tężyczką i padaczką, gdzie wyraźniej zaznaczała się bądź jedna bądź druga z tych nerwic. Z tej przyczyny użyłem wyrażenia »nietypowe napady kurczów mięśniowych«, nie chcąc sprawy stanowczo rozstrzygać ani przesądzać. Uwagę zwracać musiało, że napady zdawały się

stać w pewnym związku ze stanem narządu pokarmowego i pojawiały się prawie zawsze wtedy, gdy jelita zbyt długo nie opróżniały się z zalegającej treści. Szczegół ten uwzględniano też dokładnie w leczeniu. Chorej zaleciłem pożywienie mieszane z ograniczeniem potraw mięsnych, miesienie brzucha, lewatywy, okłady wysychające z wody słonej ze spirytusem na brzuch, suche nacieranie ciała. Z leków wewnętrznych dostawała syrup Fellowa, od czasu do czasu środek przeczyszczający. Soli bromowych z rozmysłu nie podawano.

Po 3 tygodniach widziałem chorą powtórnie. Przez cały ten czas nie miała napadów. Jej wejrzenie poprawiło się, bole i zawroty głowy ustąpiły, łaknienie lepsze, wątroba mniejsza, dolna granica żołądka na wysokości linii pępkowej, w jelitach grubych nieznaczna ilość treści. Nastaje przerwa w leczeniu. Za 2 tygodnie ma się zgłosić ponownie. Przyszła już po 8 dniach, nadmieniając, że od 2 dni jest jej znów gorzej, że miała nawet lekki napad kurczów w kończynach dolnych bez jakichkolwiek wszakże zaburzeń świadomości. Przy badaniu ten sam stan, co za pierwszym razem. Leczenie zalecono to samo, co z początku. Z końcem czerwca stan znacznie lepszy. Napadów niema znowu; niedokrwistość mniejsza, żołądek skurczony, wątroba niemacalna, niebolesna, w jelitach nie ma zalegającego kału.

W lecie wyjechała chora na wieś do krewnych i przebyła tam 5 miesięcy. Przez cały czas napadów nie miała. Rozwinęła się, zmężniała, wagi przybyło jej 7 klg. Miesiączka regularna. W grudniu wróciła do Sarajewa. Z początku miała się zupełnie dobrze. Niedługo pojawiły się wszakże znowu przypadłości jelitowe, głównie uporczywe zaparcie żywota; napady wróciły na nowo. Obok dawniejszego leczenia dyetetyczno-mechanicznego zalecono rozczyn soli jodowej z solą bromową. Skutek leczenia bardzo szybki.

W tym przypadku zeszły się objawy chorobowe ze strony układu nerwowego z okresem rozwoju płciowego, w którym młody ustrój, zwłaszcza niewieści, przebywa bądź co bądź ważne przemiany. Potrzeba mu na to znacznego zasobu sił. Jeśli sił tych niema, zjawiają się najrozmaitsze stany nieprawidłowe, a nawet rozwijają się wprost choroby. U naszej chorej wysunęły się na plan pierwszy przypadłości ze strony narządu pokarmowego i niedokrwistość, a wkrótce potem dołączyły się do nich napady nerwicy w postaci nie czystej, przedstawiającej się jako połączenie tężyczki i padaczki. Jest rzeczą bardzo prawdopodobną, że niedowład ruchowy żołądka i jelit i towarzysząca mu prawdopodobnie niedomoga wydzielnicza żołądka stanowiły pierwsze ogniwo w łańcuchu tych zmian. Przy wadliwem trawieniu i przy zaleganiu treści w żołądku i w jelitach rozwijała się tem łatwiej niedokrwistość, podupadało odżywienie, zmniejszała się jędrność i sprawność ustroju, a zwiększała jego wrażliwość, zwłaszcza układu nerwowego. W tych warunkach wywierać zaczęły tem znaczniejszy wpływ szkodliwe istoty, powstające przy przemianie istot białkowatych i stały się może ostatniem ogniwem w szeregu przyczyn, z których rozwinęła się choroba nerwowa. Że taki bieg myśli ma za sobą cechy wielkiego prawdopodobieństwa, zdaje się przemawiać skuteczność leczenia, w którem nacisk położono na stan ogólny, a obok tego na usuwanie zaburzeń w trawieniu. Udowodnić ściśle istnienie związku przyczynowego między przypuszczalnem samozatruciem, a napadami kurczów, nie można tak samo w tym przypadku, jak i w innych jemu podobnych.

Spostrzeżenie to nasuwa jeszcze czysto praktyczną uwagę co do sposobu żywienia młodych niedokrwistych dziewcząt z przypadłościami żołądkowemi i jelitowemi. Przy niedokrwistości kładzie się zazwyczaj pewien nacisk na pokarmy mięsne. Przemawia to zresztą najwięcej do przekonania otoczenia chorych i staje się nierzadko powodem przesady. W chęci dokładnego wypełnienia wskazówek lekarskich zmusza to otoczenie chorą do jedzenia mięsa mimo, że ono czasem wprost instynktowny wstręt budzi. Takiemu instynktowi nie powinno się zadawać gwałtu. Żołądek, wydzielający zamało soku trawiącego, nie może, mimo pomocy, jaką staramy się przynieść przez podawanie pepsyny i kwasu solnego, strawić większej ilości mięsa. Prawdopodobnie nie trawią go należycie także zaczyny, znajdujące się w jelitach. Pożytek z pokarmów mięsnych jest w takich warunkach bardzo wątpliwy, a oczywistą jest natomiast szkoda, która powstaje skutkiem gnilnego rozkładu białka w kiszkach. Pożywienie mieszane z małą ilością mięsa będzie tu o wiele właściwsze i przy niem o wiele łatwiej i rychlej może nastać poprawa i co do stanu ogólnego i co do mieszaniny krwi, a co z tem idzie w parze, także poprawa trawienia.

Opisany przypadek daje pewne pojęcie o objawach nerwowych, które zajmują najwyraźniej zakres ruchowy. Jako takie tworzą one przynajmniej do pewnego stopnia całość zamkniętą w sobie. Nie jest to wszakże tak częste zjawisko. Zboczenia nerwowe grupować się mogą nader rozmaicie, a i skala ich bywa różnorodna. Do najlżejszych należą przemijające bole i zawroty głowy, ogólne osłabienie fizyczne i przygnębienie psychiczne, niechęć do jakiegokolwiek zajęcia, przelotne bole mięśni i nerwów i inne t. p. zboczenia mało wybitne, ustępujące równocześnie z przyczyną, która je wywołała. Przydarzają się wszakże i przypadki ciężkie, gdzie spostrzegane przypadłości wzniecać mogą przypuszczenie poważnej choroby. Przykładem mogą tu być opisy spostrzeżeń Ewalda z r. 1894, streszczone później w r. 1898, na zjeździe internistów niemieckich w Wiesbadenie. Na pierwszy plan wysuwały się tam wyraźne objawy mózgowe i to w takiem nasileniu, że sprawiały wrażenie choroby zakaźnej lub mózgowej. Doraźna poprawa, jaka nastąpiła po opróżnieniu żołądka i jelit, dokładne uwzględnienie powstania zjawisk według wywiadów i dalszy przebieg choroby rozjaśniły pochodzenie objawów choroby i kazały je pojmować jako wynik samozatrucia z przewodu pokarmowego. Do tej samej grupy przypadków należy moje własne spostrzeżenie, które przytoczę w streszczeniu.

Wł. L. lat 14, syn urzędnika, uczeń gimnazyalny. Od paru lat skłonność do zaparcia stolca tak znaczna, że czasem po kilka dni nie miewa wypróżnień. Żali się wtedy na bole i zawroty głowy, jest bardzo przygnębiony, nie może się uczyć, wszystko go drażni, staje się gwałtowny, popędliwy. Zazwyczaj ogarnia go po pewnym czasie senność. Niekiedy jest ona tak silna, że chory kładzie się wtedy i zasypia. Ale sen nie trwa długo. Chory nagle budzi się z gorączką i z uczuciem niezmiernego strachu, siada na łóżku, krzyczy i o ile może, obejmuje kogoś z rodziny, najczęściej matkę, przyciskając się do niej kurczowo. Po przejściu tego napadu strachu jest jakby na pół świadomy. Stan psychicznego rozstroju spotęgował się raz do tego stopnia, że chory, podrażniony jakąś drobnostką, chwycił nóż i rzucił się z nim, nie wiedząc co robi, na jednego ze swoich braci. Skoro przyjdzie zupełnie do siebie nie umie wytłómaczyć, skąd się bierze ten strach i całe zachowanie. Najczęściej przeczuwa, że napad przyjdzie. Poznaje to po większem rozdrażnieniu i niepokoju i po uczuciu pewnego drętwienia w palcach nóg i rąk.

Pierwszy raz widziałem chorego w lutym zeszłego roku w parę godzin po napadzie. Znalazłem wtedy stan następujący: Chłopiec o wyrazie twarzy przygnębionym, myśli widocznie z pewną trudnością, odpowiada na zapytania powoli, wogóle sprawia wrażenie, jakby świadomość jego była niezupełna. Żali się, że mu »głowa cięży« i że go boli kark i tylna część głowy. Przy podnoszeniu się doznaje zawrotu głowy.

Budowa i cały rozwój ciała dobre, zupełnie odpowiadają

wiekowi chorego. Odżywienie dobre. Spojówki nastrzykane, język silnie obłożony, nie dość wilgotny. Narząd oddechowy i narząd krążenia bez zmian. Brzuch nieco wzdęty, miernie bolesny, głównie wzdłuż przebiegu jelita grubego, które wyczuć można bardzo wyraźnie wraz z zawartą z niem treścią. Zwłaszcza w pętli esowatej zbite grudy kału. Wątroba tkliwa, brzeg jej macalny pod łukiem. Skóra i mięśnie przy ucisku wrażliwe. Ciepłota ciała wynosiła wtedy 38·4° C. tętno tylko 80 uderzeń w minucie. W moczu ślad białka i znaczna ilość indykanu.

Bez wywiadów, które mówiły, że stan taki, jak obecny, przydarza się częściej, kilka a nawet kilkanaście razy do roku, zwróciłby się trzeba było w tym przypadku ku przypuszczeniu rozwijającej się choroby zakaźnej, najrychlej duru brzusznego, tak pospolitego zawsze jeszcze w Sarajewie. Wobec wywiadów wolno było myśl tę porzucić, a objawy, stwierdzone przez badanie, położyć na karb samozatrucia, wywołanego długiem zaleganiem treści w jelitach, Potwierdzenie znalazło się w dalszym przebiegu: Po środku przeczyszczającym i po wlewaniach do kiszek wystąpiło bardzo obfite wypróżnienie cuchnących, w części jeszcze zbitych mas kałowych, a wraz z tem opadła ciepłota ciała, ustąpiły zboczenia nerwowe, z moczu zniknęło białko, a indykan pojawiał się tylko w śladach, jak to ma miejsce w zupełnem zdrowiu.

Przy odpowiedniem pożywieniu, uregulowaniu wypróżnień, zmywaniach ciała, gimnastyce, był nasz chory wolny od jakichkolwiek przypadłości przez szereg miesięcy. Dopiero w okresie świąt Bożego Narodzenia nadarzyła się sposobność do wykroczeń pod względem dyety; chłopiec nie zwracał przy tem uwagi na swoje kiszki, 4 czy 5 dni nie miał zupełnie wypróżnienia. Następstwem był napad gorączki i strachu, tym razem o wiele łagodniejszy i krótszy, aniżeli dawniejsze. Jak poprzedni, ustąpił i ten napad bez śladu po wydatnem oczyszczeniu kiszek.

Związek przyczynowy między zaparciem żywota, zaleganiem i rozkładem mas kałowych w kiszkach, a napadami nerwowymi psychicznymi jest w tym przypadku zupełnie jasny i żadnej zdaje się nie podlega wątpliwości.

Spostrzeżenia tego rodzaju przemawiają bądź co bądź na korzyść zapatrywań, które samozatrucie z przewodu pokarmowego uważają w niektórych przypadkach za prawdopodobną przyczynę zboczeń umysłowych. Że takie przypuszczenie jest dozwolone, wynika między innemi ze spostrzeżeń, dowodzących powstawania zboczeń psychicznych po zatruciu jadami roślinnymi, które zna także medycyna ludowa. Znaczenie samozatrucia staje się przez to tem większe. Oceniać je też należy nie tylko ze stanowiska czysto teoretycznego, ale także i praktycznego i pamiętać o niem zwłaszcza ze względu na medycynę sądową.

(Dok nast.)

## Oceny i sprawozdania.

Władysław Biegański: **Logika medycyny czyli krytyka poznania lekarskiego.** Wydanie drugie, na nowo opracowane. Z zapomogi Kasy im. Mianowskiego. Warszawa 1908. Cena rb. 1.

Kiedy przed laty 14 ukazała się książka pod tym tytułem, powitano ją w czasopismach naszych bardzo życzliwie, oceniono pochlebnie, ale zdaje mi się, że ogół z początku ani celu jej dobrze nie zrozumiał, ani należytego znaczenia do niej nie przykładał. Ani gorszyć się tem, ani dziwić temu nie można; dzieło trafiało na grunt prawie zupełnie nieprzygotowany, autor jego torował prawie zupełnie nowe drogi.

Toteż ówczesny sprawozdawca »Przeglądu lekarskiego« kończył swe wywody słowami: »Niepodobna jednak łudzić się, ażeby pokolenie dziś czynnych lekarzy przejęło się myślą i dążeniami autora....« i przypuszczał, że nastąpićby to mogło dopiero wtedy, »gdyby kierunkiem, wskazanym przez autora »Logiki medycyny«, przejęli się wpływowi pisarze, a zwłaszcza profesorowie«. Widocznie wówczas nie było żadnych oznak, któreby zapowiadały, że praca Biegańskiego zapłodni rychło umysły współczesnych i że będzie ona u nas początkiem wcale żywego ruchu piśmienniczego bezpośrednio i wcześniej, niżby to być mogło zapomocą ogniw pośrednich, wykładów uniwersyteckich.

Tymczasem stało się inaczej. O ile przed sobą nie miał Biegański u nas prawie wcale poprzedników, o tyle jego »Logika medycyny«, a po części i »Zagadnienia ogólne z teoryi nauk lekarskich« dały impuls do znacznej, jak na nasze stosunki, twórczości. Wprawdzie sam Biegański wymienia jako swych poprzedników Chałubińskiego i Zygmunta Kramsztyka. Ale pierwszego z nich »Metoda wynajdowania wskazań lekarskich« (1874) ani nie oddziałała tak szeroko, jak oddziaływał osobistością swą jej autor i jakby na to zasługiwała, ani nie obejmowała całości przedmiotu. Przypisywanie jej większego znaczenia w naszym ruchu umysłowym nie tyle może odpowiada rzeczywistości, ile świadczyć się zdaje o skromności autora »Logiki medycyny« i o pięknym rysie wdzięczności ucznia wobec nauczyciela. Świetne pod wielu względami »Szkice krytyczne z zakresu medycyny« Kramsztyka, ukazujące się od r. 1882, nie stanowią także żadnej całości i rozstrząsają tylko niektóre szczegółowe zagadnienia. Natomiast już po wyjściu »Logiki medycyny« (1894) tworzy Kramsztyk — przedwcześnie niestety zamknięty organ »myśli samodzielnej, śmiałej, a ściślej«, »Krytykę lekarską«, która wyprowadziła na jaw cały szereg dzielnych piór, piszących w kierunku, przez Biegańskiego wytkniętym; potem już także wychodzą cztery prace Biernackiego (1899—1905). Godzi się wspomnieć, że potem ukazało się i rosyjskie dzieło Bogoliepowa (1899), »pisane widocznie według wzoru »Logiki medycyny««.

Ten ruch, który Biegański sam rozbudził, przyniósł nowe, a pogłębił i oświetlił szerzej dawne zagadnienia; to skłoniło Biegańskiego do podjęcia nowego wydania »Logiki«, w którem składa owoc także własnych dalszych badań szczegółowych, rozpatruje prace innych i rozprawia się z ich odmiennymi poglądami, a wreszcie ograniczając rozmiar uwag swych dawniejszych o zasadach logiki ogólnej, kładzie nacisk główny na zagadnienia specyalne. Jednem słowem, choć książka nosi tytuł ten sam, w rzeczywistości jestto dzieło gruntownie nanowo, choć według tej samej myśli zasadniczej, opracowane.

Odgraniczając logikę medycyny, jako naukę odrębną, zaznacza we wstępie dzieła Biegański, że od wszystkich innych nauk lekarskich różni się ona już tem, iż zajmuje się formalną stroną poznania lekarskiego (t. j. tem, jak poznajemy), gdy one zajmują się jego materyą, treścią (t. j. tem, co poznajemy). Zajmując się przytem ogólnemi tylko zasadami metod poznania i oceniając krytycznie ich wartość, może być logika medycyny nazwana »krytyczną ogólną metodologią nauk lekarskich«, a ze względu na to, iż bada ona krytycznie także i ogólne założenia pojęciowe nauk lekarskich, ściślej: »krytyką poznania lekarskiego«; toteż tę nazwę autor tym razem w tytule swego dzieła dodaje. Wśród nauk zaś filozoficznych, jako jeden z działów logiki stosowanej, opracowywanej przez Milla, Baina, Wundta i in., zajmuje logika medycyny stanowisko tem odrębniejsze, im bardziej metody badania lekarskiego, jak i ogólne założenia nauki lekarskiej, różnią się od założeń i metod innych nauk.

Podawszy w pierwszym rozdziale określenie medycyny i nauk lekarskich, rozpatruje dalej Biegański w 10 rozdziałach: spostrzeganie, daty anamnestyczne, pojęcie choroby, klasyfikacyę chorób, poznanie choroby (rozpoznawanie, rozpatrywanie przyczynowe i celowe), eksperyment w medycynie, teoretyczną budowę nauk lekarskich, statystykę lekarską, wynajdowanie wskazań i poznanie terapeutyczne.

Niepodobna tu kusić się o przedstawienie bogatej treści dzieła; obszerne nawet streszczenie nie mogłoby wystarczyć, a łatwo skoszlawiłoby piękną jego budowę. Nie zachodzi zresztą potrzeba streszczania książki, którą każdy lekarz powinien uważnie i dokładnie przestudyować w całości. Prócz pogłębienia swych pojęć, prócz pobudki do samodzielnej pracy intelektualnej, poczerpnie czytelnik z dzieła Biegańskiego niejeden szczegół, stawiający we właściwem świetle pewne strony współczesnego ruchu t. zw. zawodowolekarskiego. A przeczytawszy, odłoży dzieło nietylko z uczuciem odniesionej wielkiej korzyści, ale i z uczuciem prawdziwej dla jego autora wdzięczności. *C.*

Dr H. Dobrzycki: **Zdrojowiska i miejscowości lecznicze w Niemczech oraz nasze względem nich stanowisko.** Warszawa 1908. Nakładem księgarni E. Wende i Sp. Cena 20 kopiejek.

»Kto poza swymi fachowymi obowiązkami poczuwa się jeszcze do obowiązków względem społeczeństwa, którego żywą cząstkę stanowi, ten uzna nietylko za pożyteczne, ale nawet za konieczne rozpatrzenie stosunku, jaki się ostatnimi czasy wytwo-

rzył pomiędzy naszem społeczeństwem, a potężnem państwem niemieckiem«. Niema zapewne lekarza-Polaka, któryby nie zechciał pójść za tem wezwaniem zasłużonego autora leżącej przed nami broszurki.

Jaknajściślej trzymając się zasady: *salus aegroti suprema lex*, stwierdza autor na podstawie szczegółowego rozbioru różnych grup i rodzajów wód mineralnych, że niema żadnej takiej wody niemieckiej, którejby nie można zastąpić wodą krajową, czeską, francuską i t. p., tak, jak niema żadnego takiego zdrojowiska niemieckiego, któregoby, i to nieraz z korzyścią nawet dla chorego, nie można zastąpić zdrojowiskiem innych krajów. Jako lekarze możemy więc i powinniśmy polecać chorym zdrojowiska i wody krajowe w pierwszym rzędzie, a gdyby odpowiednich nie było w kraju, czeskie, węgierskie, francuskie i t. d.; bez Niemiec można się obejść zupełnie.

Na wodach niemieckich, sprowadzanych dotąd do kraju, może społeczeństwo zaoszczędzić miliony. Autor oblicza, że wód niemieckich zużywa Królestwo rocznie conajmniej za 200,000 rubli (pół miliona koron), płacąc je przytem czterykroć drożej, niż kosztują w Niemczech. Ten olbrzymi zysk zabierają głównie koleje żelazne i pośrednicy zagraniczni.

Nawet jednak zawodowy balneolog niełatwo spamięta, które odmiany wód zagranicznych, do jakich nawykł przez lata, zastąpić można wodami krajowemi (liczba znanych zdrojów mineralnych przekracza 6,000!). Dlatego to autor wziął sobie za zadanie zestawić porównawczo najużywańsze u nas wody zagraniczne z krajowemi i zadanie to bardzo praktycznie zapomocą tablicy poglądowej rozwiązał, za co należy mu się szczera wdzięczność wszystkich lekarzy naszych.

Broszurki Dr Dobrzyckiego nie powinno braknąć na biurku żadnego z polskich lekarzy. *C.*

## Piśmiennictwo bieżące.

### Chirurgia.

Propping. **O klinicznem znaczeniu różnicy między ciepłotą pod pachą, a w odbytnicy, głównie w zapaleniu otrzewnej.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 10). Madelung utrzymywał, że z porównania różnicy ciepłoty pod pachą i w kiszce stolcowej można rozpoznać już zapalenie otrzewnej, gdyż w tej chorobie różnica ta stale jest bardzo wielka, do 1·5° C. Ponieważ sprawa ta dotąd jest sporną, postanowił P. przekonać się, czy rzeczywiście ta różnica występuje stale i tylko w tej chorobie, oraz skąd ona pochodzi. W badaniach swych doszedł do przekonania, że różnica ta występuje często i w innych gorączkowych cierpieniach na szczycie przebiegu, a w zapaleniu otrzewnej nieraz tylko w $^1/_4$ przypadków i wtedy ma złe znaczenie w rokowaniu. Różnica ta stoi w odwrotnym stosunku do ilości ciepła, wytwarzanego przez mięśnie, a wywołuje ją stosunkowo za nizka ciepłota pod pachą; i tak, często przy końcu choroby gorączkowej ciepłota pod pachą już opada, gdy w kiszce stolcowej jeszcze utrzymuje się 3—4 dni, a naodwrót przy początku choroby ciepłota kiszki stolcowej podnosi się szybciej, niż pod pachą. *Klęsk.*

Rothschild. **O zbawczem działaniu wlewań soli kuchennej z adrenaliną w przypadku posocznicy.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 12). W jednym przypadku posocznicy, mającej źródło w otrzewnej, uratował R. chorą jedynie przez śródżylne wlanie litra fizyologicznego rozczynu soli kuchennej z 8 kroplami adrenaliny. Poprzednie wlewania samego rozczynu soli były bez skutku. R. poleca też gorąco ten sposób w celu wzmocnienia czynności serca nawet tam, gdzie kamfora nie skutkuje. Skutek występuje bardzo szybko. *Klęsk.*

Schwab. **Przygotowanie chorych do laparotomii.** (*Tow. lek. Norymberga* 6. II. 1908). Przy przygotowywaniu chorych do laparotomii należy zmierzać do wzmocnienia sił i odporności u chorych. Nie należy ich też bezpodstawnie, jak dotąd często bywa, zanadto przeczyszczać przed operacyą, lecz raczej uregulować dyetę i aż do operacyi pożywnie odżywiać. Przed operacyą usunąć należy niepokój i wstrząs psychiczny zapomocą środków nasennych, podanych wieczorem przed operacyą, a przy operacyi zapomocą morfiny samej lub ze skopolaminą. W razie potrzeby podać trzeba leki sercowe. Więcej szkodzi, niż pomaga, zanadto energiczne odkażanie skóry, które często wywołuje zaziębienia. Istnieją już dzisiaj pewne, a krótkie sposoby odkażania skóry. Przygotowania takie, jak mycie chorych i siebie i t. p. powinno się urządzać w innym pokoju, a nie w sali operacyjnej. Należy też dbać o czystość jamy ustnej u chorych, o ile możności zapobiegać wymiotom i zachłystywaniu się, a więc usypiać stosunkowo szybko, lecz pewnie, lub stosować zamiast uśpienia ogólnego inne sposoby znieczulenia. *K.*

Brunn. **O nowszych usiłowaniach ulepszenia i uproszczenia sposobu odkażania skóry.** (*Münch. med. Wochenschrift.* 1908. Nr. 17). Ze sposobów odkażania skóry najwięcej obecnie są w użyciu sposób Fürbringera (mechaniczne oczyszczenie ciepłą wodą, mydłem i szczotką, potem wyskok, a w końcu środek odkażający), dalej Ahlfelda (ciepła woda, wyskok), Mikulicza (spirytus mydlany), Heusnera (jod z benzyną 1 proml z dodatkiem płynnej parafiny) i t. p. Na ręce nadto używa się rękawiczek, a na skórę chorego gaudaniny Döderleina. Żaden z tych sposobów nie daje pewności ścisłego odkażenia. Sposób Fürbringera wymaga długiego czasu, a nawet, jak twierdzą niektórzy, jest niedobry, bo zanadto rozmiękcza skórę. Skoro niepodobna drobnoustrojów zupełnie ze skóry usunąć, powinniśmy się starać przynajmniej o to, by je na czas operacyi zatrzymać na miejscu w skórze. Przez zanadto zaś forsowne mechaniczne czyszczenie skóry podług Heusnera wydobywa się właśnie coraz to nowe bakterye na powierzchnię. Mikulicz dowiódł, że poprzednie mycie wodą nietylko nie wspomaga działania spirytusu mydlanego, ale nawet je osłabia. Takie zatrzymujące w miejscu działanie ma na drobnoustroje wyskok. W klinice Brunsa od 3 miesięcy stosuje się odkażanie rąk 96 prc. wyskokiem przez 5 minut bez żadnych innych procedur i wyniki nie są wcale gorsze, niż dawniej, a nawet, jak wynika z badań Meissnera, są lepsze, niż przy sposobie Ahlfelda. Ręce wyciera się gruntownie wacikiem owiniętym w gazę, a celem zapobieżenia odtłuszczeniu smaruje się je na noc tłuszczem. Rozumie się, że ręce powinny być z zasady czyste i przedtem nie zakażone, przeciw czemu mamy znów rękawiczki. Sposób ten, bardzo prosty, nadaje się dla lekarzy praktyków, n. p. po wsiach, gdzie nieraz nawet czystej wody odrazu dostać nie można. *K.*

Teller. **W sprawie leczenia odleżyny.** (*Münch. med. Woch.* 1908. Nr. 19). Odleżyna występuje często mimo starannej opieki ze strony lekarza i pielęgnujących osób, mimo podkładów, nacierań i poduszek wodnych. Jak ją leczyć? Ciągłe kąpiele działają nieźle, ale nie wszędzie je można urządzić i chorzy rychło nabierają do nich wstrętu. Gdy odleżyna dopiero zagraża, t. j. gdy zjawią się plamy czerwone lub czerwono-sine, należy o ile możności zmienić ułożenie chorego, podłożyć poduszkę wodną i kilka razy dziennie nacierać skórę wyskokiem. Jeżeli zjawią się już otarcia i miejsca sączące, należy stosować proszki wysuszające, jak kseroform, dermatol, ortoform lub maść Lassara. Celem uniknięcia rozległych podminowań lepiej jest nieraz od razu wykonać nacięcie. Gdy już się utworzył odleżynowy wrzód, należy dno jego wypełniać wacikami, napojonymi octanem glinu lub wodą utlenioną. Wrzód taki nie ma zwykle żadnej skłonności do tworzenia ziarniny i gojenia się; wtedy poleca T. sposób, który znacznie przyspiesza gojenie; polega on na systematycznem miesieniu brzegów wrzodu. T. wciera w brzegi maść Lassara przez 2—10 minut co dzień. Po miesieniu pokrywa okoliczną skórę maścią Lassara, na wrzód zaś kładzie wspomniane waciki i opatrunek zwykły. W ten sposób udało się T. w licznych przypadkach zagoić nawet uporczywe wrzody odleżynowe. *K.*

Pochhammer. **Miejscowy tężec i jego powstawanie.** (*Deut. med. Woch.* 1908. Nr 16). Miejscowy tężec powstaje według P. przez zatrucie obwodowych nerwów, a nie ośrodkowego układu nerwowego, ani mięśni. Podobne objawy miejscowe wywołać można u zwierząt przez wstrzyknięcie eteru. Podrażnienia przechodzą tu wskutek braku izolacyi wprost z nerwów czuciowych na ruchowe. Wielką wagę w leczeniu kładzie P. na wczesne wycięcie wszelkich podejrzanych zranień. *K.*

Almagia i Mendes. **Leczenie tężca wstrzykiwaniami cholestearyny.** (*Biuletyn Akadem.* Rzym. Nr IV—VI. 1907). Ze wszystkich substancyi składowych mózgu i rdzenia najwięcej wiążą się z jadem tężca lecytyna i cholestearyna. Z tego też powodu A. i M. próbowali w leczeniu tężca podskórnych wstrzykiwań cholestearyny. Używają oni zawiesiny cholestearyny w wodzie i zaczynają od dawek 15 cg na dzień, a dochodzą do $1^1/_2$ gm. Wyniki w ciężkich przypadkach tężca mieli dobre, stosując jednak przytem także ciepłe kąpiele, morfinę i chloral. *K.*

Hohmeier. **Leczenie gruźlicy chirurgicznej przeciwgruźliczą surowicą Marmorka.** (*Münch. med. Wochft.* 1908. Nr 15). Surowicę stosował H. przez odbytnicę, podskórnie lub

też na oba sposoby w 14 przypadkach gruźlicy chirurgicznej. Zwykle po 10 wstrzykiwaniach robiono przerwę 3-tygodniową. Nie zauważono żadnych zaburzeń ogólnych. W przypadkach lekkiej gruźlicy kości sprawa gojenia się, naturalnie przy stosowaniu leczenia chirurgicznego, przebiegała szybciej i korzystniej. Ziarnina przy stosowaniu surowicy była żywsza. Natomiast surowica nie zdoła uchronić ustroju od tworzenia się nowych ognisk, ani też nie wpływa korzystnie na przebieg choroby w przypadkach cięższych, nie wpływa też na poprawę stanu ogólnego. *K.*

## Położnictwo i ginekologia.

Doc. Czystowicz. **Rzadki przypadek jednostronnego braku nerki i niedokształtu narządu płciowego (u kobiety).** (*Ruskij Wracz.* 1908. Nr 2.) Przy sekcyi 20-letniej pierworódki, zmarłej na 7 dzień po porodzie na ropne zapalenie otrzewnej, znalazł C. następujące zmiany: Prawa nerka powiększona prawie 2 razy (16+6+4 ctm.) ale zresztą bez szczególniejszych zmian. Obydwa nadnercza znajdują się na swoich miejscach. Lewej nerki niema zupełnie, jak również niema i lewego moczowodu. Począwszy od 5-go kręgu lędźwiowego wzdłuż wewnętrznego brzegu m. lędźwiowoudowego biegnie w dół i ku przodowi do małej miednicy dosyć miękki postronek, okryty otrzewną, zawierający obficie tkankę tłuszczową, gruby na $^1/_2$ małego palca. Postronek ten dochodzi z przodu do przedniej ściany miednicy; na dolnym końcu postronka widać zgrubienie czerwonawego koloru, wielkości migdała, daleko twardsze, niżli wyższa część postronka. Postronek ten dzieli się na 2 płaskie listwy, z których jedna, idąc ku górze i przodowi, ginie przed wewnętrznym otworem kanału pachwinowego, a druga biegnąc w dół na 2 cm., staje się coraz cieńszą i w końcu znika. Lewego jajowodu, lewego jajnika, ani lewego więzadła szerokiego niema wcale. Powierzchnia boczna lewa macicy zupełnie gładka i zaokrąglona. Dno lewej połowy jamy małej miednicy również gładkie, bez występów. Prawe więzadło szerokie zgrubiałe, stwardniałe i skrócone, tak, że macica leży bliżej prawej ściany miednicy małej. Prawy jajowód i jajnik bez zmian. W pęcherzu moczowym otworu lewego moczowodu niema. Lewej tętnicy nerkowej niema. Lewa tętnica nasienna wewnętrzna idzie w kierunku wyż wspomnianego postronka. Wobec rzadkości przypadku zbadał C. mikroskopowo ów postronek; budowa jego bardzo przypominała budowę jajnika, znaleziono nawet typowe pęcherzyki Graafa. Obecność lewego jajnika wobec zupełnego jednostronnego braku narządów moczowych tej strony skłoniła autora do badania, w jakim stopniu wada rozwojowa dotknęła inne części zarodkowego narządu moczowego: pranercze, ciało Wolffa i kanał Müllera, lecz staranne badanie nie wykryło ani śladu tych narządów. Widocznie przyczyna, wywołująca wadę rozwojową, działała wstrzymująco w tym wczesnym okresie rozwoju płodu, gdy tylko co zaznaczyły się i oddzieliły się od pierwotnych kręgów t. zw. płytki boczne (Seitenplatten) średniego listka zarodkowego, z których już różniczkuje się pranercze, ciało Wolfta i stała nerka; lecz ta przyczyna wstrzymująca zupełnie nie tknęła okolicy nabłonka zarodkowego płciowego wałeczka, w granicach i na koszt którego utworzyła się, choć nie doskonale, korowa warstwa lewego jajnika. Zasługuje też na uwagę obecność prawidłowo rozwiniętego lewego nadnercza, co nie licuje z panującym obecnie w embryologii poglądem, że kora nadnercza rozwija się z przedniego odcinka pranercza.

*Z. Orłowski.* (Ptbg).

Vogelsänger. **O krwotokach późnych w połogu.** (*Beiträge zur Geb. u. Gyn.* T. XII. Z. 3). Za tak zwane późne krwawienie w połogu uważa V. wszystkie silne krwawienia, które występują conajmniej w 24 godzin po porodzie, a więc w czasie, w którym zwykle już naczynia są zaczopowane. Krwotoki te powstają albo z ran porodowych fizyologicznych, albo z ran, które powstają z powodu jakiegoś stanu chwilowego, bez względu na to, czy ten stan chorobowy powstał przed lub po porodzie. Do pierwszej grupy zalicza V. krwotoki z częściowego zatrzymania łożyska. Takie resztki łożyska albo ulegają samorodnemu wydaleniu przy skurczach macicy, przyczem następują krwotoki, albo też tworzą się tak zwane polipy łożyskowe, które są przyczyną krwotoków, czy to przez to, że oddzielając się otwierają naczynia, czy też, że powiększając się rozciągają niejako macicę, a w ten sposób otwierają już zaczopowane naczynia. Dalszą przyczyną krwotoków jest towarzyszące zwykle pozostałym resztkom łożyska — złe zwijanie się macicy. Niebezpieczne a nawet wprost śmiertelne krwotoki wywołuje porażenie tej części macicy, gdzie leżało łożysko; porażenie takie wiedzie w wyższym stopniu do wynicowania macicy połogowej. Krwotoki powstają również przy tyłozgięciu macicy połogowej, a tłómaczyć je sobie można tem, że przez zatrzymanie odchodów następuje rozdęcie jamy macicy, jak przy polipach łożyskowych, albo też zastoina w krążeniu, czyto przez zamknięcie żył macicznych, czyto przez ucisk trzonu na żyły w miednicy małej. Wreszcie powstają krwotoki pod wpływem mechanicznym: wstawanie z łóżka, nadmierne użycie tłoczni brzusznej itd., są to jednak przypadki rzadkie. Do zmian chorobowych, wywołujących krwotoki, należy przedewszystkiem miażdżyca tętnic. Występuje ona w naczyniach macicy bardzo często i bardzo wcześnie, o wiele wcześniej, niż w innych narządach. Należy przypuszczać pewien związek między miażdżycą, a krwotokami w okresie przekwitania lub w połogu u kobiet blizkich tego okresu. Hewitt podaje jeden przypadek tętniaka wrzekomego tętnicy macicznej, który był przyczyną silnych krwotoków. Autor zaś opisuje drugi przypadek. Także zmiany naczyń przy krwawiączce są przyczyną silnych krwotoków połogowych. Naddarcia ściany macicy bywają także przyczyną krwotoków połogowych, a to, że krwotoki te nie występują zaraz po porodzie, tylko później, tłómaczy V. tem, że zaraz po porodzie włókna mięsne okołonaczyniowe obkurczają się koło naczyń i zamykają je, jednakowoż później następuje zwiotczenie mięśni, naczynia się otwierają, a wytworzone skrzepy przy silnem parciu krwi oddzielają się, lub też dookoła naddarcia rozwija się martwica, docierająca aż do naczyń. Do przyczyn powstałych wśród połogu zalicza V. choroby zakaźne, w których przebiegu powstają mniej lub więcej głębokie wrzody czyto w pochwie, czyto około ujścia zewnętrznego. Przy wrzodach odleżynowych przychodzi albo wprost do naddarcia naczyń, albo do zmian zgorzelinowych naokoło odleżyny i w ten sposób do otwarcia naczyń. Wreszcie mogą powstawać krwotoki z żylaków. Rokowanie przy takich krwotokach połogowych jest złe. Leczenie polega na operacyi, podwiązaniu, o ile się uda naczynia lub zupełnem usunięciu macicy, albo wreszcie, o ile tamto jest niemożliwe, na tamponadzie. *J. Aronsohn.*

Ogata. **Nowy sposób cucenia noworodków omdlałych.** (*Beitr. f. Gyn. u. Geb.* T. XII. Z. 1). Autor podaje nowy, od 12 lat przez siebie używany sposób cucenia omdlałych noworodków. W Japonii sposób Schultzego nie daje się zastosować; pokoje są zbyt nizkie i wahadłowych ruchów nie można tam wykonywać. (U nas po wsiach są podobne warunki). Przy sposobie Schultzego wydarzają się rozmaite obrażenia. Do najczęstszych należą — złamanie obojczyka, pęknięcie wątroby, krwiaki w wątrobie, porażenia pni barkowych, pęknięcie i krwiaki w mięśniach mostkowo-sutkowo-obojczykowych. Metoda Ogaty polega po pierwsze na rytmicznych uderzeniach płaską dłonią w okolicę serca. Dziecko układa się tak, że kończyny i głowa zwisają, a klatka piersiowa jest wypuklona. Uderzenia te są nietylko bodźcem na skórę, lecz uciskają ścianę klatki piersiowej i wywołują głęboki wydech, a co za tem idzie — przy odejmowaniu ręki wdech. W dalszym ciągu, o ile uderzenia nie pomagają, wykonywa O. ruchy następujące; noworodka ułożonego poziomo chwyta obiema rękami tak, że jedną chwyta kończyny dolne, drugą po pod główkę i zgina go w ten sposób, że twarzyczka sięga do nóżek. Ruch ten wywołuje ucisk brzuszka na klatkę piersiową i przesuwa przeponę ku górze, wywołując głęboki wydech. Po kilku sekundach układa się znów dziecko poziomo, co wywołuje wdech. Wreszcie dodaje O. jeszcze ruch trzeci w ten sposób, że puszcza główkę dziecka, trzymając je tylko za nóżki. Dziecko zwisa własnym ciężarem w dół i w ten sposób osiąga się jeszcze większy wdech. Od czasu do czasu kąpie O. dziecko w ciepłej wodzie, oblewając klatkę piersiową wodą zimną. Za warunek konieczny uważa O. cierpliwość lekarza, powołując się na Schultzego, któremu udało się po $2^1/_2$-godzinnej pracy — uratować dziecko. Metoda Ogaty ma tę zaletę, że pobudza równocześnie oddychanie i krążenie i że jest bardzo łatwa, a dla dziecka nie przedstawia żadnych niebezpieczeństw. *J. Aronsohn.*

## Dermatologia i syfilidologia.

Gundurow. **W sprawie ostrego jodzicowego zapalenia gruczołu tarczowego.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1908). Spostrzeżenia kliniczne dowiodły, że przy leczeniu jodem prócz zwykłych codziennych objawów, jak nieżyt błon śluzowych, trądzik, występuje często zapalenie gruczołu tarczowego. Nowsze i dokładniejsze spostrzeżenia wyodrębniają nawet to zapalenie z ogólnego miana jodzicy (*jodismus*), uważając to zapalenie za schorzenie *sui generis*. Pierwszy opisał je Sellei, a po nim Ssergejew, Csillag, Lublinski. Z zestawienia wszystkich dotychczasowych spostrzeżeń wynika, że zapalenie gruczołu rozpoczyna się ostro po podaniu jodu i również szybko znika po usunięciu tego środ-

ka, że przy powtórnem podaniu mniejsze dawki wystarczają do wywołania objawów. Sprawa rozpoczynać się może gorączką 39°, przyczem zaczyna obrzękać okolica gruczołu tarczowego, sprawiając wrażenie wola. Obrzęk ten jest równomiernie twardy lub twardo-podatny; przy dotyku chory często odczuwa ból. Z innych objawów podmiotowych występują: trudność w połykaniu, oddychaniu, lekka bolesność przy poruszaniu głową w bok i tył. Z objawów, zdarzających się przy wolu wskutek ucisku tchawicy, naczyń, nerwów błędnych i t. d., nie ma przy zapaleniu gruczołu tarczowego żadnego, bo gruczoł nie powiększa się zbyt znacznie. W rozpoznaniu różniczkowem w rachubę wchodzi wól, choroba Basedowa i t. zw. »Jod-Basedow«. Od wola różni się zapalenie tarczycy ostrem powstawaniem, przebiegiem i wiadomą przyczyną; od choroby Basedowa brakiem trójcy objawów: przyspieszenia tętna, wysadzenia oczu i objawu Graefego. Trudniejsze jest odróżnienie od t. zw. »Jod-Basedow«, który opisali lekarze szwajcarscy jako jednostkę chorobową. Zauważyli oni w swoich okolicach, gdzie wól panuje nagminnie, po podaniu już najmniejszej dawki jodu, nawet przy zewnętrznem jego stosowaniu, objawy znamionujące cherę tarczycową (*cachexia strumipriva*), jak wychudzenie, upadek sił, wzmożoną wrażliwość układu nerwowego, drżenie rąk, bicie serca i t. d., albo objawy choroby Basedowa w połączeniu z wolem. Pierwszy zbiór objawów nazwali tyreoidyzmem (*jodismus constitutionalis*), a drugi »Jod-Basedowem«. Różnica między zapaleniem tarczycy a »Jod-Basedowem« jest ta, 1) że »Jod-Basedow« występuje w okolicach, gdzie wól jest nagminny, występowanie zapalenia tarczycy jest przywiązane do pewnej tylko miejscowości, 2) że wystąpienie »Jod-Basedowa« poprzedza szereg objawów nerwowych, a potem następuje powiększenie gruczołu, zapalenie tarczycy zaś rozpoczyna się odrazu powiększeniem gruczołu, 3) wreszcie, że po przerwaniu podawania jodu zapalenie tarczycy ustępuje zupełnie, gdy objawy »Jod-Basedowa« trwają jeszcze miesiącami. Przypadki, które opisano jako jodzicze zapalenie tarczycy, występowały u chorych na kiłę, leczących się jodem po leczeniu głównem rtęciowem. Przypadek, opisany przez Gundurowa, dotyczył żołnierza silnie zbudowanego i dobrze odżywionego, u którego nie można było stwierdzić ani kiły, ani pochodzenia z okolic wolowych, ani też żadnej przebytej choroby wyniszczającej. Żołnierza owego w toku trypra leczono jodem, podawanym w czopkach 2 razy dziennie. Przy podaniu 6. czopka, t. j. w 3. dniu leczenia wystąpił ból przy poruszaniu głową w bok i tył i trudność w połykaniu. Przedmiotowo można było stwierdzić równomierne powiększenie gruczołu tarczowego. Choremu, po przerwaniu podawania czopków, podano KJ 6:180 3 razy dnia łyżeczkę. W $^1/_2$ godziny po użyciu pierwszej łyżki stwierdzono jod w ślinie, moczu; w drugim dniu wystąpił lekki nieżyt nosa, a w trzecim powiększenie gruczołu o $2^1/_4$ cm w obwodzie. Z nowszych zachwalanych przetworów jodowych podano sajodynę $3 \times 0{\cdot}5$, jodypinę 10% 3 łyżki dziennie. W obu razach występowały te same objawy, przy sajodynie tylko nieco później wskutek późniejszego wessania tego przetworu. G. Koch dowiódł, że sajodyna dlatego później się wsysa, bo rozpuszcza się tylko w treści zasadowej, a więc dopiero w jelitach. Ze swego spostrzeżenia wysnuwa Gundurow następujące wnioski: a) Do wystąpienia ostrego zapalenia tarczycy nie potrzeba takich przyczyn jak kiła, gruźlica, zimnica, choroby przewodu pokarmowego, usposabiających ustrój do oddziaływania na pobrany jod. Potrzeba do tego pewnej indywidualnej wrażliwości ustroju na jod, który jakąkolwiek drogą i w jakimkolwiek związku wprowadzony, chociażby w ilości bardzo małej, zdoła prawidłową czynność gruczołu zaburzyć i wywołać lekki stan zapalny. b) Zbiór objawów »jodziczego zapalenia tarczycy« stanowi samoistną jednostkę chorobową, którą trzeba zaliczyć do grupy chorób z zatrucia (intoksykacyjnych). *N. P.*

K. Heinse. **Przyczynek do leczenia zapalenia najądrza nakłuciem.** (*Dermat. Zeit.* T. XV. Z. 3. 1908). Zapalenie najądrza jest nie tyle ze względu na dolegliwości, ile ze względu na możliwe następstwa w postaci nerwic worka mosznowego i niepłodności, poważnem powikłaniem wiewióra. W celu skrócenia i złagodzenia przebiegu choroby stosowano w ostatnich czasach różne zabiegi, z których największe korzyści przynosi nakłucie. H. stosował ten zabieg, polecany już poprzednio przez Baermana, Schindlera, Hernheimera i innych, u 27 chorych klinicznych. Nakłuwał w pierwszym dniu pobytu chorego w klinice miejsce chełboczące lub miejsce najboleśniejsze. Po nakłuciu stosowano na moszne okład wilgotny, a na to wieszadło (suspensorium), które pokrywano woreczkiem, zawierającym ciepły piasek i polecano choremu wstrzykiwać 0·25% rozczyn protargolu. Jako koniec leczenia przyjmowano ten dzień, w którym chory mógł już wstać z łóżka i oddawać się pracy. Czas leczenia, w ten sposób obliczony, wynosił średnio 11 dni. Nakłucia wykonywano bez miejscowego znieczulania; zabieg nie sprawiał zresztą większych dolegliwości. Nakłucie, znosząc napięcie, zmniejsza odrazu dolegliwości i ułatwia zarazem wessanie. Oprócz tego w przypadkach, leczonych tym sposobem, zauważył H. wyraźny wpływ nakłucia na ciepłotę, która po nakłuciu nie dochodziła do tej wysokości, jak przed nakłuciem. U dziewięciu chorych po wyleczeniu było jeszcze nieznaczne stwardnienie w najądrzu, u reszty chorych nie było żadnych pozostałości zapalenia. H. wykonywał zawsze nakłucie jednorazowo przy braku chełbotania w dolną część najądrza, wkłuwając bowiem igłę powyżej można przebić wązki przewód nasienny i wywołać przez to zapalenie i zarośnięcie przewodu. *Słopczański.*

Prof. A. Neisser. **W sprawie kiły u królików.** (*Dermat. Zeitschrift* Bd XV. Nr 2. 1908). Doświadczenia na zwierzętach dowiodły, że pewne gatunki zwierząt ulegają zakażeniu kiłowemu. Najwięcej nadają się do szczepień szympansy i gibbony, u których można wywołać nietylko pierwotne wrzody, ale i objawy drugorzędne, odpowiadające zupełnie objawom kiły ludzkiej. Orangutany równie łatwo ulegają zakażeniu, jak szympansy i gibbony, natomiast drugorzędne objawy występują u nich bardzo rzadko. Jad kiłowy uogólnia się u nich bardzo powoli i trwa to dłużej, niż u innych gatunków małp. Nieliczne pojedyncze wykwity wysypki kiłowej występują po zaszczepieniu u pawianów. U t. zw. niższych gatunków małp z rodziny wązkonosych i u płaskonosych nie spostrzegano wcale objawów drugorzędnych. Natomiast u tych małp opisywano nawroty zmian kiłowych około miejsca szczepienia, które zdaniem N. należą do zmian drugorzędnych. U królików, psów i kóz również udaje się wywołać objawy chorobowe, ale tylko na rogówce i w przedniej komorze oka. N. szczepił wielką liczbę królików podskórnie i śródżylnie. Wycięte części narządów tych królików szczepił następnie małpom, które jednak nie ulegały wtedy zakażeniu, chociaż przyjmował się u nich jad kiły ludzkiej lub małpiej. W ostatnich czasach udało się autorowi wywołać ogólne zakażenie u królika przez szczepienie jadu kiłowego w jądro. Doświadczenia na innych zwierzętach, a mianowicie szczepienia w jądro u kozłów i baranów dały dotąd wyniki ujemne. Wyników tych nie uważa N. jeszcze za rozstrzygające, ponieważ szczepienia te wywoływały silne objawy zapalne w miejscu szczepienia, połączone nawet z ropieniem. *Słopczański.*

Spiethoff. **Atoksyl przy kile.** (*Deut. med. Wochensch.* 1908. Nr. 6). Autor stosował atoksyl przy kile u 23 chorych, przeważnie w okresie trzeciorzędnym i w uporczywych wysypkach guzkowych w kile drugorzędnej. Przy przekraczaniu dawki całkowitej Lessera 6·2 gr występowały ciężkie objawy zatrucia. Mianowicie 11 razy zauważył S. objawy takie, jak podniesienie ciepłoty (1 raz), białkomocz (2 razy), wymioty (5 razy), wymioty krwawe (1 raz). Zauważył też raz pogorszenie u chorego, dotkniętego zapaleniem kiłowem nerek. Poleca stosować atoksyl u chorych, u których rtęć nie działa, lub działa wyniszczająco, lub sprowadza swoiste zapalenie dziąseł, wreszcie u chorych, nie znoszących leczenia rtęciowego. *Dr Skórczewski.*

Forcart. **Doświadczalne badania nad środkami wewnętrznymi zawierającemi formaldehyd, a odkażającymi mocz.** (*Med. Klinik.* 1908. Nr 10). Badania F. dotyczyły urotropiny, hippolu, helmitolu, hetraliny i borovertyny F. oznaczał w moczu ilość rozszczepionej formaliny i ilość drobnoustrojów. Najlepsze wyniki otrzymał F. przy urotropinie, hetralinie i borovertynie. Najodporniejszym z drobnoustrojów okazał się prątek okrężnicy. *K.*

Fournier. **Leczenie znamion naczyniowych radem.** (*Akad. med.* Paryż 28. I. 1908). F. zaleca bardzo leczenie znamion radem. Zupełnie dobre skutki osiąga się tak przy znamionach płaskich, jak i naczyniakowych. Nawet bardzo rozległe znamiona zmniejszają się i znikają, a w miejscu ich zostaje miękka, bezbarwna tkanka, sprawiająca zupełne wrażenie skóry zdrowej. Małe dzieci najlepiej leczyć wśród snu. *K.*

Schulz. **Doświadczalne przeszczepienie zwykłych brodawek** (*verruca vulgaris*) **ze zwierzęcia na człowieka.** (*Deut. med. Woch.* 1908. Nr 10). Prof. Jadassohn przeszczepił rozmiażdżoną zwykłą brodawkę z wymiona krowy, trzem lekarzom na skórę grzbietu ręki. U jednego z nich po 3 latach rozwinęły się w 4 miejscach szczepienia 4 histologicznie taksamo zbudowane brodawki. Przypadek ciekawy ze względu na długi okres wylęgania. *Dr Skórczewski.*

Lenzmann: **Nowy sposób leczenia kiły.** (*Deut. med. Woch.* 1908. Nr 10). Autor leczył 14 przypadków kiły, w tem kilka o bardzo ciężkim przebiegu, wstrzykiwaniami śródżylnemi

10% rozczynu chlorku chininy. Na wezwanie autora zaczęła fabryka Mercka wyrabiać przetwór, złożony z 40% kwasu nukleinowego i 60% chlorku chininy. Przetwór ten, mający znacznie zwiększać ilość ciałek białych (do 25.000), stosował L. również w przypadkach kiły, wstrzykując go śródmięśniowo. L. sądzi, że chinina ma wybitny wpływ leczący na kiłę, nie przesądzając długotrwałości jej działania i zastrzegając się, że szczupła liczba przypadków nie pozwala na wnioski ostateczne.
*Dr Skórczewski.*

Prof. Grouven. **O klinicznie dającej się rozpoznać kile ogólnej u królika.** (*Dermat. Zeitschr.* T. XV., Z. 4). Przez doświadczalne szczepienia kiły ludzkiej do przedniej komory oka udało się autorowi wywołać u królika objawy kiły ogólnej. Dnia 1. XII. 1906 zaszczepił G. cząstkę wrzodu pierwotnego ludzkiego do przedniej komory obu ócz królika. Szczepienie na oku prawem nie przyjęło się, natomiast w oku lewem powstało zapalenie rogówki. W jakiś czas później w miejscu szczepienia powstał guz pozagałkowy, z którego wyciśnięta surowica zawierała znaczną ilość krętków. Pierwsze objawy ogólne: wypadanie włosów, upadek odżywienia, wystąpiły w początku lipca 1907. W końcu tego miesiąca pokazały się na skrzydełkach nosowych przeczosy i nacieki, w których przy badaniu drobnowidowem stwierdzono nieznaczną ilość krętków. Te zmiany trwały do końca października, poczem znikły bez śladu, królik zaś wydawał się zdrowszym. W trzy miesiące później znalazł G. u tegoż królika przy badaniu na dolnej części napletka naciek wielkości feniga, wyglądający tak, jak drugorzędny guzek przy kile ludzkiej. Badanie wyciętej części guzka wykryło w skrawkach znaczną ilość krętków. Ten wynik badania potwierdza zdaniem autora możność uogólnienia się kiły u królików. *Stopczański.*

Bauer. **Metodyka serologicznego stwierdzenia kiły.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 16). Dla utorowania próbie Wassermana wstępu do kliniki podaje B. następujący, ułatwiający ją sposób wykonania: Do próby prócz surowicy krwi człowieka zdrowego i człowieka badanego, podgrzanej przez ½ godz. do 56° C., potrzeba świeżej lub zamrożonej surowicy krwi świnki morskiej, 5 prc. rozczynu krwi baraniej w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej i wyciągu wyskokowego z wątroby kiłowego płodu, przyrządzonego sposobem Michaelisa i Lessera. Próbę samą wykonywa B. w następujący sposób w czterech probówkach: Do pierwszej wlewa 0,2 ctm. surowicy badanej, 1 ctm. wyciągu z narządu i 1 ctm. surowicy krwi świnki morskiej 10 razy rozcieńczonej; druga probówka zawiera to samo, tylko zamiast wyciągu z narządu fizyologiczny rozczyn soli kuchennej; trzecia zamiast surowicy badanej surowicę zdrowego, czwarta zaś zawiera obok surowicy zdrowego także zamiast wyciągu narządu rozczyn fizyologiczny soli kuchennej. Tak napełnione probówki wstawia B. na ½ godziny do 37° kąpieli wodnej lub do cieplarki, a następnie dodaje do każdej rozczynu krwi baraniej. Prócz zawartości pierwszej probówki w razie dodatniego odczynu rozpuszczają się zawartości innych probówek. Po godzinie należy odczyn uważać za dokonany. Odczyn ten porównał B. u 30 chorych na kiłę i u 30 zdrowych z odczynem Wassermana; wyniki były zgodne. Odczyn był ujemny u osesków kiłowych, prawdopodobnie wskutek nieobecności grup chwytnikowych we krwi. *Dr Skórczewski.*

Schmidt. **W sprawie leczenia tocznia lampą kwarcową Kromayera.** (*Dermat. Zeitschr.* Z. 4, T. XV). S. leczył 20 przypadków tocznia naświetlaniem lampy Kromayera. Po pierwszem półgodzinnem naświetlaniu mógł już zauważyć znaczne przypłaszczenie nacieku, a później większa część ognisk chorobowych uległa wessaniu przy leczeniu tym sposobem. Jednakże działanie światła lampy kwarcowej ma znaczenie tylko przy naciekach wyniosłych i na powierzchni skóry się znajdujących; guzków i nacieków w głębszych warstwach skóry światło tej lampy zupełnie nie usuwa. Również i odczyn po naświetleniu lampą Kromayera jest inny, jak przy użyciu lampy Finsena. Zaczerwienienie miejsca naświetlonego może jest silniejsze, brak jednak surowiczego obrzęku w głębszych warstwach, który występuje po naświetleniu lampą Finsena. Oprócz tego ujemną stroną działania lampy Kromayera jest wytwarzanie się większych blizn, wobec czego nie nadaje się ona do leczenia tocznia twarzy.
*Stopczański.*

---

## Sprawy Towarzystw naukowych.

### Akademia Umiejętności w Krakowie.
### (Wydział matematyczno-przyrodniczy).

---

#### Posiedzenie dnia 6. kwietnia 1908.

1) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę p. J. Dunin Borkowskiego p. t.: **O t. zw. zjawisku Gürbera.** Zjawisko Gürbera polega na tem, że roztwór chlorku sodu staje się alkaliczny w zawiesinie krwinek, nasyconej dwutlenkiem węgla. Oznaczając reakcyę zapomocą ogniw gazowych, autor nie znajduje żadnego zwiększenia się zasadowości w roztworach NaCl; znalazł przeciwnie, że pod wpływem dwutlenku węgla roztwór chlorku sodu staje się kwaśniejszy. Jeśli zasadowość określamy jako koncentracyę wolnych ionów OH′, oznaczenia niniejsze przeczą istnieniu zjawiska Gürbera.

2) Czł. L. Marchlewski zdaje sprawę z pracy, wykonanej wspólnie z p. Tad. Koźniewskim p. t. **Przemiana filotaoniny w fitorodyny.** W pracy niniejszej autorowie udowadniają, że filotaonina, względnie allofilotaonina przemienia się pod wpływem wrzącego alkoholowego roztworu chlorowodoru w szereg barwików czerwonych, które można oddzielić od siebie na zasadzie ich różnej zasadowości. Barwiki te odznaczają się bardzo charakterystycznemi widmami, które badano zarówno w mniej załamanej części widma, jak i w ultrafioletowej. Porównanie otrzymanych ciał z fitorodynami, otrzymanemi według metody Willstätera i Miega, wykazało, że oba szeregi są identyczne. Filotaonina jest bliższą pochodną alkachlorofilu, niż fitorydyny, co wypływa chociażby już z zabarwienia roztworów tych produktów i ich widm. Zasadniczo różni się filotaonina od fitorydyny w zachowaniu się względem alkalii w wysokiej temperaturze. Gdy pierwsza z łatwością przemienia się w filoporfirynę przy ogrzewaniu z 10 prc. ługiem potasowym, rozpuszczonym w alkoholu, to fitorydyna w tych samych warunkach filoporfiryny nie daje.

3) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę, wykonaną wspólnie z pp. Wł. Hildtem i Janem Roblem p. t. **Przemiana chlorofilu pod wpływem kwasów.** Autorowie w pracy niniejszej badają przemianę chlorofilu pod wpływem łagodnego działania kwasów. Stwierdzają przedewszystkiem na zasadzie rozległych studyów porównawczych, że feofytyna Willstättera jest identyczną z filogenem Schuncka i Marchlewskiego. Badano jakościowo, ilościowo i widmowo filogeny i feofytyny, otrzymane z liści klonu, akacyi, Ficus repens, pokrzyw i trawy. Badania optyczne wykonano odnośnie do mniej załamanej części widma i do ultrafioletu, przyczem opisano dokładnie stronę eksperymentalną i aparatową tych studyów. Wykonano też szereg pomiarów spektrokolorymetrycznych nad różnymi filogenami. Oddzielny rozdział poświęcono chlorofilanowi. Ten ostatni otrzymano według metody Hoppe-Seylera i udowodniono, że produkt ten poddany takiej samej metodzie rektyfikacyjnej, jakiej poddawano filogen, a która polega głównie na strąceniu chloroformowego roztworu tego ciała alkoholem, posiada skład elementarny analogiczny do składu filogenu i zachowuje się względem kwasów o różnych stężeniach tak samo, jak niektóre filogeny. Oczyszczony w ten sposób chlorofilan nie zawiera popiołu, z czego wynika, że jedyna podpora poglądu, w chemii chlorofilu wielce cenionego, według którego ciało to należy do lecytyn, obecnie nie ma wartości naukowej. Wreszcie porównano filoksantynę z chlorofilanem i wykazano, że ciała te są całkiem od siebie odmienne; pierwsze jest w rzeczywistości produktem rozkładu drugiego pod wpływem kwasów.

(Treść 2 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

#### Posiedzenie dnia 4. maja 1908.

1) Czł. H. Hoyer przedstawia pracę własną p. t.: **Badania nad układem limfatycznym kijanek. Część II.** Autor opisuje rozwój przednich serc limfatycznych. Serca te zawiązują się już u kijanek, mających 4·5 mm. długości, u których rozpoczynają się dopiero rozwijać skrzela zewnętrzne. Pierwszy zawiązek serc występuje jako mały pęcherzyk o kształcie wrzecionowatym. Jeden koniec serca łączy się z *Vena vertebralis anterior*, na drugim końcu widać pierwotnie komórkę w kształcie stożka, w następnem stadyum pasmo komórek, a nareszcie naczynie. Naczynie rozgałęzia się ku przodowi, tworząc *Ductus cephalicus*, i ku tyłowi jako *Truncus lateralis corporis*. Z tych naczyń odgałęziają się ku tyłowi naczynia limfatyczne ogona. Tylne serca limfatyczne rozwijają się z *Vena vertebralis posterior* dopiero wtenczas, gdy zaczynają wyrastać kończyny tylne.

*Vena vertebralis post.* pozostaje także u żaby dorosłej, dobiegając do końca kości ogonowej. Z badań tych autor wysnuwa następujące wnioski: układ limfatyczny jest filogenetycznie młodszy od krwionośnego, bierze początek z układu żylnego i wyrasta od środka ku obwodowi.

2) Czł. Cybulski przedstawia pracę Dra Edmunda Rosenhaucha p. t.: **O powstawaniu flory w fizyologicznym worku spojówkowym u noworodków.** Autor postanowił skontrolować wyniki dotychczasowe, oznaczyć dokładniej czas, w którym następuje osiedlenie się drobnoustrojów w fizyologicznym worku spojówkowym, wyosobnić i oznaczyć rodzaje drobnoustrojów, napotykanych w worku spojówkowym w pierwszych dniach życia pozamacicznego, oraz wyświetlić stosunek flory worka spojówkowego noworodków do flory worka spojówkowego osobników dorosłych. Zbierając materyał ze spojówki sposobem Axenfelda zapomocą wyżarzonej pętli platynowej i szczepiąc najpierw na surowicy, a potem na szeregu innych pożywek, doszedł autor na podstawie 200 doświadczeń do następujących wniosków: 1) Worek spojówkowy jest bezpośrednio po urodzeniu jałowy; 2) osiedlenie się w nim drobnoustrojów następuje podczas pierwszych 24 godzin życia pozamacicznego; 3) po 24 godzinach flora fizyologicznego worka spojówkowego jest stała i 4) w zasadzie nie różni się od flory spojówki osobników dojrzałych; 5) do stałych mieszkańców worka spojówkowego noworodków należą: *staphylococcus albus non pyogenes non liquefaciens* i *bacillus xerosis*; 6) inne drobnoustroje zjawiają się tylko sporadycznie; 7) jeszcze rzadziej spotkać można mikroby chorobotwórcze, przytem w bardzo niewielkiej ilości; 8) po 24 godz. życia pozamacicznego nie stwierdzono, w pierwszych dziesięciu dniach życia noworodka, ani jednego jałowego worka spojówkowego; 9) zakażenie wiewiórowe spojówki noworodków następuje w przeważnej liczbie przypadków najprawdopodobniej nie podczas samego aktu porodowego, ale w pierwszych dniach życia niemowlęcia.

(Treść 5 innych przedstawionych na tem posiedzeniu prac przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

---

## 37. Zjazd niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego w Berlinie 21—24 kwietnia 1908.

Podał **Dr Adolf Klęsk.**

(Ciąg dalszy).

5) Czerny (Heidelberg): **Leczenie raka iskrami.** C. nie zauważył, by przy fulguracyi głównego ogniska zmniejszały się gruczoły. O ile możności należy najpierw operować, a potem leczyć iskrami. Rany oparzelinowe po fulguracyi są bardzo bolesne. Czasem znów pobudza fulguracya guz do wzrostu. C. leczy jeszcze w ten sposób za krótko, by mógł mówić o wyleczeniach, ale sądzi, że fulguracya działa o wiele pewniej, niż rad lub promienie Röntgena. Fulguracya działa dobrze także przy toczniu skóry. — Sonnenburg próbuje również fulguracyi, a sądzi, że wydzielający się przy niej ozon działa bardzo dobrze ze względu na aseptykę.

6) Funke: **Wpływ radu na nowotwory złośliwe.** Nie ulega obecnie wątpliwości, że nowotwory złośliwe można wyleczyć zapomocą radu. Rad nie działa silnie w głąb. Chorzy oddziaływają bardzo różnie na leczenie, jedni w kilka godzin, inni w kilka dni. Rad działa na guzy energicznie wtedy, gdy go się stosuje ciągle. F. używa około 20 mg radu, działając na nowotwór całemi godzinami. Zajęte gruczoły trzeba jednak operować.

7) Kocher (Berno): **W sprawie techniki przeszczepiania gruczołu tarczowego.** K. wszczepia gruczoł tarczowy w jamę, utworzoną w kości goleniowej. Operuje dwuczasowo, t. j. najpierw wyżłabia jamę w kości i wkłada w nią kulę srebrną, a dopiero po pewnym czasie umieszcza tam część gruczołu i pokrywa go okostną. — Dyskusya: Payr (Greifswald) wspomina o swoim przypadku przeszczepienia gruczołu tarczowego matki w śledzionę dziecka; od tego czasu minęło już 28 miesięcy. Z początku wynik był bardzo dobry, obecnie gorszy; dziecko przebyło ciężki nieżyt jelit i potem zaczęły obumierać gruczoły i śledziona. — Garrè (Bonn) przeszczepił (w nasadę kości) przed dwoma miesiącami choremu na przewlekłą tężyczkę ciałka nabłonkowe, pochodzące z chorej na chorobę Basedowa. Wynik dotąd dobry. — Czerny (Heidelberg) przeszczepił gruczoł tarczowy do śledziony, lecz przypadek ten zakończył się śmiertelnie wskutek zapalenia płuc. — Müller (Rostock) postąpił przed 2 laty podobnie, jak Kocher, a wynik jest niezły. — Moskowicz (Wiedeń) wszczepia do szpiku kostnego małe płatki gruczołu. — Eiselsberg (Wiedeń) przeszczepiał ciałka nabłonkowe 2 razy. Polepszenie było wybitne. E. radzi wszczepiać ciałka nabłonkowe pomiędzy powięź mięśnia prostego brzucha a otrzewnę. Do przeszczepiania nadają się przypadki rozwijającego się charłactwa i przewlekłej tężyczki.

8) Haberer (Wiedeń): **Doświadczalne przeszczepianie nadnercza do nerek.** H. przeszczepiał nadnercze do nerki; przeszczepiona tkanka w połowie doświadczeń przyjęła się. Zwykle potem część tkanki nadnercza zanika.

9) Lexer (Królewiec): **Zastosowanie wolnej plastyki kości; uwagi nad zesztywnieniem i przeszczepianiem stawów.** L. wskazuje na wielką żywotność kości, z której korzystać można znakomicie przy przeszczepianiu. I tak przeszczepia L. obecnie już nietylko większe kawałki kości z okostną z kończyn amputowanych, ale nawet całe stawy (n. p. kolanowy). Z przeszczepienia kości korzysta też przy plastyce nosa. Stawy wiotkie zbija gwoździami ze świeżej kości i t. p. W ostatnich czasach zajmuje się L. przeszczepianiem stawów (z amputowanych kończyn) przy zesztywnieniu.

Heidenhain (Worms), Barth (Gdańsk), Brentano (Berlin) i inni przytaczają swoje przypadki przeszczepiań kości. Przyjmuje się jedynie kość, wzięta z okostną na stałe. — Funke uzyskał zupełne wgojenie się płytki celluloidowej w otworze trepanacyjnym.

10) Neuber (Kilonia). **O uśpieniu skopolaminowem.** Po licznych próbach przeszedł N. do skopomorfiny. Użył jej w 250 przypadkach lecz zaledwo w 7 otrzymał uśpienie zupełne; zresztą pomagać sobie trzeba uśpieniem zwykłem lub znieczuleniem sposobem Schleicha. Jednakże tych środków zużywa się przy tej kombinacyi bardzo mało, n. p. płynu Schleicha prawie o połowę mniej jak zwykłe. Wymioty występują rzadko i to głównie u dzieci. Powikłania płucne występują tylko bardzo rzadko.

11) Gilmer (Monachium). **O całkowitem znieczuleniu lędźwiowem.** G. osiąga bardzo wysokie znieczulenie przez dodanie do tropakokainy 3% rozczynu gumy arabskiej; wypróbował ten sposób na sobie. Czasem występują przy tem bole głowy.

12) Bier (Berlin). **Nowa droga wywoływania znieczulenia kończyn.** B. znieczula miejsce operacyi na kończynach, doprowadzając środek znieczulający do nerwu drogą krwi po wywołaniu niedokrwienia. Wypędza się więc najpierw krew, począwszy od palców, potem zakłada się powyżej miejsca operacyi jeden dren, poniżej drugi, odsłania się żyłę i wprowadza do niej około 100 cm $^1/_4$ prc. rozczynu nowokainy w soli kuchennej. Po ukończeniu operacyi zdejmuje się dren lub opaskę dolną, potem zwalnia się trochę górną, a krwawienie z rany usuwa zarazem nadmiar środka znieczulającego. Sposób ten nadaje się zwłaszcza przy odjęciach kończyn i użyć wtedy można nawet rozczynu $^1/_2$-procentowego.

13) Dönitz (Berlin). **Termofor przy znieczulaniu lędźwiowem.** D. poleca osobny termofor, utrzymujący ciepło płynu, który ma się wstrzyknąć do rdzenia.

Oelsner (Berlin) otrzymywał krótkotrwałe znieczulenia u zwierząt, wstrzykując do 10 cm rozczynu soli kuchennej o 0°. Gerstenberg przedstawia preparaty, tłómaczące anatomię kanału rdzeniowego i stosunek jej do wydatności znieczulenia rdzeniowego. (C. d. n.)

---

## IV. Sprawozdanie z działalności Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem od dnia 1. kwietnia 1906 do dnia 1. stycznia 1908.

Ułożyli

**Kazimierz Dłuski** i **M. Rospędzihowski**
dyrektor zakładu, b. kierownik pracowni.

Podając do publicznej wiadomości czwarte z rzędu sprawozdanie z działalności Sanatoryum, zaznaczyć winniśmy, że uległo ono znacznemu opóźnieniu, częściowo z przyczyn od nas niezależnych, częściowo i dlatego, że pragniemy na przyszłość rozpoczynać i zamykać nasze sprawozdania z rokiem kalendarzowym. Tym sposobem niniejsze sprawozdanie obejmuje $^3/_4$ roku 1906 i cały 1907.

Cała liczba chorych w ciągu tych 21 miesięcy wynosi 505. W tej ogólnej sumie wynoszą: Polacy 439, Rosyanie 52, Ru-

sini 10, Czesi 3, Węgier 1. Ogólna liczba dni pobytu w Sanatoryum wynosi 43,418; na jednego chorego zaś przypada średnio 85·2 dnia.

W tablicy z wynikami leczenia znajduje się tylko 405 chorych, gdyż leczenie 100 chorych w okresie sprawozdawczym trwało mniej, niż 30 dni (w tej liczbie 100 znajdują się również chorzy, którzy przybyli po 1. grudnia 1907, a więc wejdą do następnego sprawozdania). — Okres 30 dni uważamy za czas minimalny, dający prawo do wyrobienia sobie sądu o przebiegu leczenia w chorobie tak przewlekłej, jak gruźlica.

Przystępując do szczegółów, nadmienić winniśmy, że w liczbie 405 znajduje się 17 chorych, którzy się leczyli po raz drugi w Zakładzie, 12 chorych — po raz trzeci i 3 — po raz czwarty. Z góry zaznaczyć należy, że niniejsze sprawozdanie zasadniczo różni się od poprzednich, co się tyczy samej metody leczenia. Dawniej stosowaliśmy wyłącznie metodę Brehmera — Dettweilera, zachowując względem przetworów swoistych, jak tuberkulina Kocha lub Denysa, lub przetwór Marmorka i t. d. stanowisko wyczekujące, a nawet sceptyczne. Stanowisko to wyraźnie zaznaczono w artykule »O stosowaniu tuberkuliny, w gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego« (»Przegl. lek.« 1907, Nr 41—42 przez K. Dłuskiego). Stosowanie tuberkuliny Prof. Beranecka, (będącej pewną odmianą starej tuberkuliny Kocha)[1]), daje jednak od lat kilku w klinikach szwajcarskich wyniki tak pomyślne, nawet w bardzo ciężkich postaciach gruźlicy płuc lub innych narządów, że zostaliśmy przez to zachęceni do prób w naszym Zakładzie. — Wprowadziliśmy je z początkiem 1907 r. — Bodźcem w tym kierunku było przekonanie się naocznie o skuteczności TBk w klinice berneńskiej, pozostającej pod kierunkiem takiej powagi lekarskiej, jak prof. Sahli. Trzymaliśmy się też przy stosowaniu TBk ściśle zasad, nakreślonych na podstawie bogatego doświadczenia, przez Sahlego w znanej jego pracy »Über Tuberkulinbehandlung«. Przypominamy, iż dwie zasadnicze cechy różnią metodę Sahlego od Kochowskiej, a mianowicie: leczenie zaczyna się od dawek o całe tysiące razy mniejszych ($^1/_{10\cdot000\,000}$—$^1/_{5\cdot000\cdot000}$ gr. substancyi czynnej) i prowadzone jest przy unikaniu najmniejszego odczynu, z dawkowaniem bardzo ostrożnem i bardzo stopniowo wzrastającem. — Materyał nasz w ciągu całego 1907 r. wynosi tylko 24 chorych, zbyt więc jest szczupły, abyśmy mogli na jego podstawie wydawać sąd w sprawie tak niezmiernie powikłanej, jak swoiste leczenie gruźlicy płuc.

Ale mimo to pozwolimy sobie choć pobieżnie wspomnieć o wynikach leczniczych, odkładając dokładne sprawozdanie na przyszłość, gdy materyał będzie dość obfity, aby pozwolić na wnioski, mające pozytywną wartość.

Czynimy to tembardziej, że stara tuberkulina Kocha została przed 17 laty tak radykalnie, i — dodajmy — słusznie zdyskredytowana, że sama nazwa »tuberkuliny« dziś jeszcze wydaje się postrachem. Ale postrach ten jest tylko pozornie straszny, przynajmniej w stosunku do TBk, gdy się ją stosuje ostrożnie, sprawdzając dokładnie, zwłaszcza w ciągu pierwszych 36—48 godzin po wstrzyknięciu, stan ogólny, stan płuc chorego, a przedewszystkiem ciepłotę, mierzoną co 2 godziny. — W liczbie 24 chorych mamy 10 w II. okresie Turbana i po 7 w I. i III. okresie. Wobec tego, że ani teorya, ani praktyka nie wyrobiły dotąd ścisłych wskazówek, u jakich chorych mianowicie i w jakich postaciach gruźlicy płuc należy stosować te lub inne przetwory swoiste, wobec rażącej sprzeczności poglądów, jaka panuje na tym zasadniczym punkcie, kierowaliśmy się w wyborze chorych przedewszystkiem dobrym stanem ogólnym i brakiem gorączki. Z góry jednakże zaznaczamy, że zachęceni dobrymi wynikami, otrzymanymi u gorączkujących przez Denysa (»bouillon filtré«), przez Krausego (»Bacillen-Emulsion«) i innych, stosowaliśmy ostrożnie TBk u 3 chorych (2 w II. i 1 w III. okresie), u których po kilku tygodniach leczenia ciepłota trzymała się uporczywie 37—38 C°. Otrzymaliśmy spadek ciepłoty już po kilku minimalnych dawkach, co bezwątpienia bezpośrednio działaniu TBk przypisać należy. Wogóle leczenie TBk szło bardzo pomyślnie. Z wyjątkiem 2 przypadków (1 w II. i 1 w III. okr.), z których w jednym w 7—8 godzin po wstrzyknięciu nastąpiła gorączka do 39°, ale trwała zaledwie kilkanaście godzin, tak że wedle wszelkiego prawdopodobieństwa tuberkulinie przypisać jej nie należy, w drugim zaś pokazało się więcej rzężeń w płucach i to chwilowo, oprócz tych dwóch objawów, powtarzamy, leczenie odbywało się zresztą bez odczynu i bez żadnych powikłań. Ostateczne wyniki przedstawiają się w ten sposób, że u 8 chorych nie dostrzegaliśmy dodatniego wpływu leczenia, więc je przerwaliśmy. W tej liczbie u 4, z powodu chwilowych powikłań, od TBk niezależnych, po pierwszych 2—3 wstrzyknięciach dalsze stosowanie wstrzymaliśmy. U reszty 16 stwierdziliśmy widoczną poprawę stanu ogólnego, z tej zaś liczby u 12 nadto widoczną poprawę w płucach. Prowadziliśmy więc leczenie całymi miesiącami, dochodząc stopniowo do dużych dawek. U jednego chorego w II. okresie doszliśmy do 6 przedziałek strzykawki Pravaza w literze D.[2]).

Tyle na dziś o stosowaniu TBk. Należy jeszcze w sprawie wskazań do swoistego leczenia zrobić małą uwagę, jaka z naszej praktyki mimowoli się nasuwa. Jakkolwiek bardzo pogmatwane są te wskazania u klinicystów, stosujących już od dłuższego czasu te lub inne swoiste przetwory, wydaje nam się, iż różne okresy choroby w klasyfikacyi Turbana, opartej jedynie na rozległości zmian anatomicznych, rozstrzygać tu nie mogą. Twierdzenie, że I. okres zasadniczo nadaje się do swoistego leczenia, III. zaś powinien być wyłączony, jest zbyt gołosłowne. Zdarza się właśnie wręcz naodwrót, wchodzi tu bowiem w grę czynnik niezmiernej wagi, odporność ustroju, będąca dziś jeszcze z punktu widzenia naukowego wielkiem X. Czynnik zaś ten w wyborze chorych powinien odgrywać bardzo ważną, nieraz rozstrzygającą rolę. — Nie potrzebujemy dodawać, iż leczenie zapomocą TBk nie wyłączało ścisłego stosowania metody higieniczno-dyetetycznej. Uważaliśmy i uważamy ją za rzecz zasadniczą, swoisty zaś środek, TBk, za rzecz dodatkową i która w pewnych przypadkach może okazać się bardzo skuteczną pomocą. Więc tak samo, jak w latach poprzednich, główną uwagę skierowywaliśmy na jak najszersze korzystanie ze świeżego powietrza, zdrowe i obfite odżywianie, na hartowanie ciała, spokój psychiczny chorego i unikanie wszelkich szkodliwych dla jego zdrowia wpływów[3]).

Choć leczenie świeżem powietrzem jest już dziś bardzo spopularyzowane i znane nawet w szerokich kołach laików, pozwolimy sobie przypomnieć główne jego punkty. Zasadą powinno być używanie świeżego powietrza stale, a więc nietylko dniem, lecz i nocą. Do urzeczywistnienia drugiego postulatu służy spanie przy otwartych całych oknach, lub górnych szybach, stosownie do stanu pogody. Uważamy ten punkt leczenia za czynnik wielkiej wagi, okryty niestety grubą powłoką przesądu, że w nocy bardzo łatwo zaziębić się. Ale przesąd ten da się łatwo usunąć, jeśli pouczymy chorego, że w nocy powinien być szczelnie przykryty. Tym sposobem, jak praktyka dowodzi, nawet podczas silnych mrozów unika się tak zwanego zaziębienia.

Zbaczając nieco od przedmiotu, wyrażamy gorące pragnienie, aby zwyczaj ten został powszechnie przyjęty, nawet przez zupełnie zdrowych ludzi. — Nie widzimy bowiem powodu, dla którego mają ludzie spędzać $^1/_3$ część swego życia w zepsutem powietrzu. Sądzimy, że oddychanie świeżem powietrzem przez całą noc mocnoby się przyczyniło do podniesienia zdrowotności ogólnej. Używanie świeżego powietrza w ciągu dnia polega na werandowaniu i na spacerach. Pierwsze stanowi »pièce de resistance« całego leczenia, gdyż dostarcza zdrowego materyału dla płuc przy najmniejszej utracie sił chorego. Tłómaczyć zbyteczna, jak ważne jest zachowanie w równowadze żywotnej energii chorego na gruźlicę, pomnąc, jak łatwo, nawet w pierwszych okresach, przy lada wysiłku fizycznym podlega on zmęczeniu. — Werandowanie wynosi z przerwami od rana do wieczerzy 6 godzin. Obowiązkowego wieczornego werandowania, jak to się dzieje w sanatoryach niemieckich lub szwajcarskich, zaprowadzić nie mogliśmy, dla względów wymienionych w poprzednich sprawozdaniach, głównie zaś dlatego, że Polacy z natury swego charakteru trudniej, niż Niemcy lub Szwajcarzy poddają się dyscyplinie sanatoryalnej. Prawdę tę należy sobie powiedzieć otwarcie w oczy,

---

[1]) Przez skrócenie Sahli nazywa ją TBk.

[2]) Przypominamy z pracy Sahlego, że TBk ma 16 stopni rozcieńczenia. Najsłabszy $\frac{A}{64}$, dalej $\frac{A}{32}$, $\frac{A}{16}$ etc. do A, a dalej B. C. D. E. F. G. H.

[3]) Nie potrzebujemy dodawać, iż leczenie lekarstwami w Sanatoryum odgrywa właściwą mu rolę. Stosujemy więc leki przeciw rozmaitym objawom gruźlicy, w szczegóły których wdawać się zbyteczna; uciekamy się do różnych zabiegów, jak: bańki, opaski, elektryzacya, termokauter itd. Główną jednak rolę odgrywają leki, mające na celu ogólne skrzepienie osłabionego i niedokrwistego ustroju, a więc: somatoza, sanatogen, przetwory żelaza i wstrzykiwania arsykodylu, które stosowaliśmy u 57 chorych, w znacznej większości przypadków z dodatnim skutkiem. — Nadmienić jeszcze należy, że przeciw bolom w suchem zapaleniu opłucnej stosowaliśmy naświetlania światłem fioletowem, co się okazało niejednokrotnie znacznie skuteczniejsze od innych w takich przypadkach używanych środków.

tembardziej, że od wytrwałości zależy lwia część pomyślnych wyników leczenia. Dla złagodzenia tej prawdy należy jednak dodać, że spora część chorych weranduje w godzinach wieczornych, o ile stan pogody nie stawia poważnych przeszkód.

Obok werandowania wspomnieliśmy o spacerach. Tu z góry zaznaczamy, że chorzy nawet z niewielkiemi wzniesieniami ciepłoty (37·4—37·5 C° w ustach) od wszelkich przechadzek są wyłączeni i muszą leżeć albo w łóżku, jeśli przy stanie podgorączkowym uczuwają ogólne osłabienie, albo też dostają się na werandę zapomocą windy (dochodzącej do »hallu« prowadzącego na werandę) tak, że ruchu wykonują sami jaknajmniej. Kładziemy nacisk na ten szczegół, bo niejednokrotnie przy wzbranianiu spacerów napotykamy u takich chorych na opór, uzasadniany tem, że u siebie w domu mieli prawo spacerować pomimo podniesionej ciepłoty. U chorych nowo przybyłych, mających ciepłotę zupełnie prawidłową, zaczynamy od spacerów bardzo krótkich, 10—15 min. 2—3 razy dziennie, pomnąc, że ich narząd termo-regulacyjny jest na wszelkie podniety bardzo wrażliwy, zwłaszcza w wysoko-górskim klimacie, działającym podniecająco na cały ustrój nerwowy. Naturalnie, iż w miarę bliższego zapoznania się z chorym, zezwalamy na spacery dłuższe, ale nie przekraczające w sumie 2—3 godz. dziennie, nawet u chorych z najlepszym stanem sił.

Przechodząc do odżywiania chorych, możemy śmiało twierdzić, iż administracya zakładu zwraca pilnie uwagę na to, aby artykuły spożywcze były zawsze świeże i doborowe, sztuka zaś kucharska stara się dokonać reszty, podając potrawy smacznie przygotowane i w obfitej ilości. Oprócz obiadu i wieczerzy, dwóch śniadań i podwieczorku, chorzy spożywają średnio $1^1/_2$ litra mleka dziennie, mając je bez oddzielnej dopłaty na zawołanie. Pomimo narzekań, jakie od czasu do czasu dają się słyszeć, naturalnych z tego względu, że najlepsza kuchnia po dłuższym przeciągu czasu przestaje dogadzać, — z przyjemnością możemy stwierdzić, że tak często zdarzające się zarówno w początkowych, jak późniejszych okresach gruźlicy zaburzenia w trawieniu niemal bez żadnych leków powoli ustępują. Należy to przypisać z jednej strony dyecie, którą stosownie do wskazań lekarskich bardzo ściśle uwzględniamy, a z drugiej strony dodatniemu działaniu wysokogórskiego klimatu na wymianę materyi w ogóle, a pośrednio i na czynności trawienia, na co już przed laty zwrócił uwagę Prof. Jaworski, spostrzegając chorych w Davos.

Z kolei przechodzimy do omówienia hartowania ciała. W tym celu stosujemy powszechnie przyjęte w sanatoryach zabiegi, a mianowicie nacierania całego ciała wodą z wyskokiem lub czystą, a potem u silniejszych chorych przechodzimy do natrysków, trwających 20—30 sekund, przy obniżającej się stopniowo ciepłocie 35—10° C. Skłonność do krwioplucia jest tu wyraźnem przeciwwskazaniem. Statystycznie rzecz tu wypada tak, iż nacierania stosowaliśmy u 332 chorych, natryski zaś tylko u 65.

Oprócz zasadniczych punktów leczenia — używania świeżego powietrza, odżywiania i hartowania ciała — pozostają jeszcze bardzo ważne szczegóły, stanowiące całą wartość zamkniętych zakładów, które Niemcy obejmują mianem »Anstaltbehandlung«, przypisując im może jeszcze większą rolę, niż bezpośredniemu działaniu czynników fizycznych. Szczegóły te dadzą się zamknąć w trzech słowach: nieustająca opieka lekarska. W tych trzech słowach mieści się wszystko. Przedewszystkiem ścisła kontrola nad werandowaniem, od którego chorzy, zwłaszcza silniejsi, bardzo chętnie się wyłamują, jako od rzeczy z natury bez wątpienia nudnej, ale mającej niezaprzeczenie, jak to praktyka lat kilkudziesięciu dowiodła — kardynalną wartość leczniczą. Następnie kontrola spacerów, do których chorzy mają częstokroć znacznie większy pochop, niż do werandowania, co zresztą u chorych odporniejszych jest rzeczą łatwo zrozumiałą. — Dalej ciągła kontrola ciepłoty, mierzonej co 2 godziny, aby módz przy lekkich nawet wzniesieniach zalecić choremu łóżko. Nie będziemy wchodzili w rozmaite inne drobne szczegóły. To, cośmy powiedzieli, wystarczy, aby zrozumieć, że chory jest ujęty w pewne karby dyscypliny, w harmonii z zadaniami jego leczenia i tym sposobem w miarę naszych skromnych sił, chroniony jest od różnych zgubnych wpływów, które niejednokrotnie — przy pozostawieniu go własnej inicyatywie — mogłyby zaważyć w sposób bardzo szkodliwy na szali zdrowia.

Przy tem zaś wszystkiem bardzo ważną rolę odgrywa psychoterapia.

Jeśli zdrowy człowiek, każdy z osobna, przedstawia cały świat odrębny, pełen tajemnic w jego wewnętrznem, duchowem życiu, to tembardziej da się to powiedzieć o chorym, z tem nadmienieniem, że na dnie tych tajemnic leżą u niego cierpienia ciała, potęgujące cierpienia ducha, a jedne z drugiemi razem mocno powiązane wytrącają z równowagi i tak już mało skłonną do równowagi psychicznej inteligentną jednostkę przy obecnych warunkach naszego życia.

Może wydać się przesadnem twierdzenie, że ta strona leczenia jest mozolniejsza i trudniejsza, niż wszelkie badania fizyczne, bakteryologiczne, chemiczne i t. d. Te wymagają tylko pewnej ilości sumiennej pracy umysłowej. Psychoterapia zaś wymaga ze strony lekarza ciągłego panowania nad sobą, stałego napięcia woli, bezustannej równowagi i pogody ducha, bo tylko tym sposobem można wywierać wpływ na chorych. Pamiętać zaś należy, że chorzy ci z samej istoty choroby i wskutek oderwania się, czasem na długie miesiące, od drogiego im otoczenia i prawidłowych warunków życia, są przeczuleni, przedenerwowani, zbyt silnie oddziaływają na różne drobnostki życiowe, a przy lada niepowodzeniu w leczeniu łatwo popadają w krańcowy pesymizm, graniczący z rozpaczą, — co znów wywiera bardzo ujemny wpływ na ich zdrowie. Tu więc trzeba działać z całą stanowczością, ale pełną wyrozumienia i łagodności, bo tylko tym sposobem można dojść do celu.

W załączonych dwóch tablicach ugrupowaliśmy szeregi liczb objaśniające wyniki leczenia, oraz różne szczegóły bezpośrednio z niem związane. Pragniemy więc omówić te szczegóły, aby dać dokładny obraz całej sprawy.

Tablica I.

Ruch chorych w Sanatoryum w Zakopanem od 1 kwietnia 1906 do 31 grudnia 1907 r. (wł.)

| Narodowość | | Płeć | Pochodzenie | | Liczba dni leczenia | Wiek: lat | Wiek: osób | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Polacy | 439 | mężczyźni 240; kobiety 259 | Galicya | 150 | 11101 | 1—10 | 3 | Średni pobyt jednego chorego w Sanatoryum 85.2. |
| Rosyanie | 52 | | Królestwo | 106 | 9417 | 10—20 | 68 | |
| Rusini | 10 | | Warszawa | 73 | 5470 | 20—30 | 220 | |
| Czesi | 3 | | Wołyń, Podole, Ukraina, Litwa, Rosya | 141 | 15616 | 30—40 | 126 | |
| Węgrzy | 1 | | | | | 40—50 | 63 | |
| | | | | | | 50—60 | 19 | |
| | | | | | | > 60 | 6 | |
| | | | Poznańskie i Śląsk pruski | 25 | 1582 | | | |
| | | | Inne (Bośnia, Czechy, Węgry) | 4 | 232 | | | |
| Razem | 505 | | | 505 | 43418 | | 505 | |

Zaczynając od 1-ej kolumny, zauważyć powinniśmy, iż liczba kobiet, wbrew poprzednim sprawozdaniom, znacznie przewyższa liczbę mężczyzn (K. 229, M. 176). Czem się to dzieje, powiedzieć trudno, gdyż statystyka stwierdza, iż wogóle liczba mężczyzn, dotkniętych gruźlicą, wskutek większego ich narażania się na szkodliwe czynniki, jest średnio większa od liczby kobiet. Być może, iż w bieżącym okresie sprawozdawczym taki odwrotny stosunek jest poprostu dziełem przypadku; bliższej przyczyny znaleźć nie możemy.

Tablica II.

Wyniki leczenia 405 chorych za czas od 1 kwietnia 1906 do 31 grudnia 1907 (włącznie).

| Płeć | | Wiek lata | Wiek osób | Obciążenie dziedziczne rodzaj*) | Obciążenie dziedziczne osób | Gorączka | Prątki Kocha | Waga obliczona na 100 dni | Ogólna liczba dni leczenia | Średnia liczba dni leczenia na 1 chorego |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| mężczyźni 176 | kobiety 229 | 1—10 | — | $o^1$ | 112 | przyjechało z gorączką osób 183<br>wyjechało " " 85<br>przyjechało bez gorączki osób 222<br>wyjechało " " " 320 | przyjechało z prątkami osób 206<br>wyjechało " " 187<br>przyjechało bez prątków " 199<br>wyjechało " " " 218 | 303 osoby przybyły przeciętnie 7,9 kg.<br>21 osób straciło przeciętnie 3,1 kg.<br>40 osób bez zmiany<br>41 osób waga nieznana | Ogólna liczba dni leczenia 41.834 | Średnia liczba dni leczenia na 1 chorego 103,3 |
| | | 10—20 | 61 | $o^2$ | 7 | | | | | |
| | | 20—30 | 180 | o | 101 | | | | | |
| | | 30—40 | 97 | bez | 185 | | | | | |
| | | 40—50 | 48 | | | | | | | |
| | | 50—60 | 14 | | | | | | | |
| | | > 60 | 5 | | | | | | | |
| | | Razem | 405 | Razem | 405 | | | | | |

| Okresy | Poprawa wyraźna | Poprawa względna | Poprawa bez zmiany | Pogorszenie | Śmierć |
|---|---|---|---|---|---|
| 133 osoby I okresu | 101 | 23 | 8 | — | 1 |
| 138 osób II okresu | 109 | 19 | 5 | 4 | 1 |
| 134 osoby III okresu | 65 | 18 | 16 | 25 | 10 |
| Razem osób 405 | 275 | 60 | 29 | 29 | 12 |
| | 405 | | | | |

*) $o^1$ oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców, — $o^2$ oznacza obciążenie dziedziczne ze strony obojga rodziców, — o oznacza obciążenie ze strony krewnych lub rodzeństwa.

Przechodząc następnie do drugiej pozycyi, do wieku chorych, widzimy, iż liczba ich w wieku 20—30 lat (54·3%) i od 30 do 40 lat (31·1%) stanowi razem 85·4% ogółu chorych i jest wyraźnie wyższa od liczb w poprzednich sprawozdaniach (69—71%). Idąc dalej do obciążenia dziedzicznego, widzimy przy zestawieniu z poprzedniemi sprawozdaniami, że z wyjątkiem pierwszego sprawozdania, gdzie liczba obciążonych była bardzo nizka (31%), różnicy znaczniejszej między obecnem a II i III sprawozdaniem niema, gdyż obecnie mamy obciążonych 54·3% ogółu chorych, w II i III sprawozdaniu mieliśmy 52% i 48%.

Zresztą, jak to dawniej zaznaczyliśmy, nie możemy twierdzić, aby obciążenie dziedziczne miało jaki przyczynowy związek z wynikami leczenia. Do tego samego wniosku doszedł już przed laty T u r b a n w swej znanej pracy »Beiträge zur chronischen Lungen-Tuberkulose«.

Obecnie przechodzimy do różnych szczegółów, dotyczących samych wyników leczniczych. Mamy na względzie znikanie laseczników K o c h a i gorączki, t. j. objawów, znajdujących się w bezpośrednim związku z poprawą w płucach, a następnie przyrost wagi, który jest może jedynym objawem, dającym się ująć w liczby, a świadczącym o poprawie stanu ogólnego.

Co się tyczy prątków K o c h a, mamy wynik wyraźnie gorszy, niż w poprzednich sprawozdaniach, gdyż z ogólnej liczby 206 chorych, którzy przybyli do zakładu z lasecznikami, pozbyło się ich tylko 19, czyli 9·2% (w I sprawozdaniu 11%, w II 14%, w III 23%). Liczbę tę postaramy się później uzasadnić, gdy przejdziemy do ostatecznych wyników, t. j. do poprawy stanu płuc i stanu ogólnego.

Natomiast mamy daleko lepszy wynik co do gorączki, gdyż zniknęła ona obecnie u 53·5% gorączkujących, gdy w pierwszych dwóch sprawozdaniach liczby te były wyraźnie niższe (41% i 48%) liczba zaś w III sprawozdaniu znacznie, gdyż o całe 22% jest niższa, wynosi bowiem tylko 31%. Zjawisko takie może wydać się dziwnem wobec nieznacznego znikania TBC, ale da się wytłómaczyć tą samą przyczyną, o której niżej.

Co się tyczy wagi, widzimy stale powtarzające się zjawisko od początków Sanatoryum, a mianowicie zwiększa się ona u 75—77% ogółu chorych, zmniejsza się zaś u 5% (w I tylko sprawozdaniu u 8%). Sredni przyrost natomiast stale wzrasta: w I sprawozdaniu 5·6 kgr., w II — 7·3 kg., w III — 7·6, w niniejszem 7·9 kgr Ubytek zaś średni waha się w nieznacznych granicach: w I — 2·4 kgr., w II — 3·8 kgr., w III — 2·7 krg., w obecnem 3·1, u 21 chorych. Dodajmy dla dokładniejszej charakterystyki, że obecnie u 94 osób na 303 średni przybytek obliczony na 100 dni wynosi 10 kg i w y ż e j (największy 23·3 kg).

Przechodząc z kolei do ostatecznych wyników leczenia, musimy zauważyć tak samo, jak w poprzednich sprawozdaniach że określamy je zapomocą wyrażeń: »poprawa względna« i »wyraźna poprawa«. Przez pierwszą rozumiemy tylko polepszenie stanu ogólnego z zachowaniem *status quo* w płucach, przez drugą, nadto polepszenie miejscowe w płucach w mniejszym lub większym stopniu. W szczegóły tych objawów polepszenia wdawać się nie będziemy, gdyż musielibyśmy poruszać — mając na uwadze stan ogólny — czynności rozmaitych poszczególnych narządów ustroju (krwionośny, trawienny, nerwowy i t. d.), wypaczonych przez działanie lasecznika i jego toksyn; co się zaś tyczy płuc wkroczyć w bardzo powikłaną dziedzinę fizycznego badania; to zaś uważamy dla czytelników-lekarzy za rzecz zbyteczną. Ograniczymy się więc do omówienia roli liczb i do wniosków, jakie z nich się wysnuwają.

Dla ułatwienia tego zadania podzieliliśmy chorych zgodnie z utartym w klinice zwyczajem na 3 okresy wedle klasyfikacyi T u r b a n a. Z góry jednak zaznaczyć musimy, że coraz więcej przekonywamy się o jej niedostateczności. Klasyfikacya ta, opierająca się jedynie na rozległości zmian anatomicznych, zupełnie nie bierze w rachubę, jeśli nie najważniejszego, to w każdym razie bardzo ważnego czynnika: odporności ustroju. Czynnik ten, będący zagadkowym problematem, naukowo, zwłaszcza w gruźlicy, bardzo mało jeszcze wyjaśnionym, nieraz stanowi, niezależnie od rozległości zmian w płucach, o całym przebiegu leczenia. I dopiero *a posteriori* u chorych, u których pozornie jest najmniej szans wyleczenia, spostrzegamy dodatnie, czasem nawet bardzo pomyślne wyniki. Nic dziwnego, bo nie jest jeszcze rzeczą dowiedzioną, czy toksyny TBc są endo- czy egzo-toksynami: nie jest rzeczą dowiedzioną również, przy jakich warunkach biologicznych tworzą się antytoksyny gruźlicze i jaki zachodzi stosunek między niemi a toksynami. Znamy tylko pobieżne działanie toksyn z ich ujemnego wpływu na czynności ustroju i powiadamy, że tenże ustrój wytwarza antytoksyny, skoro przebieg kliniczny leczenia jest pomyślny.

Ale jest to czysta empirya.

Zastrzeżenie powyższe tembardziej musimy utrzymać, iż stojąc na gruncie faktycznym widzimy, całą sztuczność klasyfikacyi T u r b a n a, gdy chodzi o zasadniczą rzecz, a mianowicie o przypuszczalne rokowanie, na niej oparte. W żadnem z poprzednich sprawozdań bowiem nie mieliśmy tylu chorych w III. okresie, co obecnie; liczba ich wynosi 33% ogółu (w I sprawozdaniu 26%, w II — 18%, w III — 24%). Tymczasem w żadnem

sprawozdaniu nie mieliśmy takich dobrych wyników, gdyż odsetek polepszeń całej liczby 405 chorych wynosi obecnie 82·8 prc. gdy w poprzednich sprawozdaniach wynosił okrągło 80 prc., a zauważyć należy, iż odsetek wyraźnej poprawy jest obecnie największy, stanowiąc 68 prc. (Dawniej wynosił 55 prc. 63 prc. i 67 prc.). Nad to musimy położyć szczególny nacisk na tę okoliczność, że obecnie u 134 chorych w III okresie mamy 48·5 prc. wyraźnej poprawy (13·4 prc. względnej), gdy w poprzednich trzech sprawozdaniach liczby kolejno były następujące: 17 prc., 28 prc., 36 prc. Wyniki takie mogą wydać się paradoksalne; dadzą się one wytłómaczyć tem, że choć mieliśmy największą w porównaniu z ubiegłymi latami liczbę chorych w III okresie, nie mieliśmy natomiast w leczeniu chorych w stanie rozpaczliwym, beznadziejnym[4]. I właśnie ci chorzy z III okresu, u których, kierując się zmysłem klinicznym, przypuszczaliśmy istnienie pewnego zapasu sił odpornych — pomimo częstokroć bardzo nieobiecujących pozorów — ci chorzy, wzięci na próbę, doznali po upływie krótszego lub dłuższego czasu, takiej poprawy, jakiej w poprzednich sprawozdaniach zapisać nie mogliśmy. W liczbie zaś 134 w III okresie mamy czwartą część (34 chorych) z bardzo rozległemi zmianami naciekowemi w jednem lub obu płucach, a wśród nich 15 z wysokiemi przy początku leczenia gorączkami. Jednak ostateczne wyniki u tych chorych okazały się bardzo pomyślne.

Ta okoliczność tłómaczy nam poniekąd, dlaczego mieliśmy tak stosunkowo nieznaczną liczbę przypadków ze zniknięciem TBC, a z drugiej strony takie dobre wyniki ze zniknięciem gorączki. Jeśli ta ostatnia, — pomijając gorączkę przyrody czysto nerwowej, jak n. p. w histeryi, — ma być wyrazem intoksykacyi ustroju, to nic dziwnego, że w miarę jego uodpornienia pod wpływem leczenia może ona zniknąć prędzej u chorego w III. okresie, posiadającego odpowiedni zapas sił żywotnych, niż u chorego w I. okresie z pozornie nieznacznemi zmianami, ale którego tkanki nie mają wielkiej wartości biologicznej. Tak ma się rzecz wedle naszego rozumienia z materyałem klinicznym, stanowiącym przedmiot niniejszego sprawozdania.

W związku z tem nasuwa się pragnienie, aby sprawa odporności ustroju była naukowo i teoretycznie wyjaśniona, aby zapomocą metod chemiczno-bakteryologicznych można było u danego chorego określić ilość antytoksyn lub ciał ochronnych, krążących w danej chwili w sokach ustroju, ich wzrastanie pod wpływem leczenia higieniczno-dyetetycznego lub połączonego ze swoistem, stosunek tych antytoksyn do toksyn i t. d. Tym sposobem można byłoby mieć niejako podstawę dla oryentowania się z góry w ewentualnym przebiegu leczenia, a nie sądzić o odporności ustroju *post factum*, na zasadzie wyników już otrzymanych.

Dla uzupełnienia obrazu wyników leczniczych musimy dodać jeszcze niektóre ważne szczegóły. Na pierwszem miejscu krwioplucia i krwotoki, a następnie sprawę gruźliczą w krtani.

Już w poprzednich sprawozdaniach staraliśmy się zwalczać przesądy, rozpowszechnione nietylko wśród laików, lecz i w kołach lekarskich, że klimat wysokogórski wpływa szkodliwie na chorych, mających skłonność do krwioplucia. Właściwie mówiąc, nie spotykaliśmy nigdzie argumentów naukowo sformułowanych i popartych statystyką z dziedziny odpowiednich spostrzeżeń klinicznych. Przytaczaliśmy natomiast na poparcie naszego zapatrywania liczby statystyczne prof. Eggera z Arosy (1850 m. wysokości) Turbana z Davos (1650 m.) i innych, które gołosłownym twierdzeniom przeciwników gór wyraźnie zaprzeczają. Moglibyśmy je poprzeć jeszcze długoletniemi spostrzeżeniami takich klinicystów, jak bracia Carl i Lucius Spengler z Davos, lub lekarzy sanatoryalnych z Leysin (1400 metr.). Ale mniejsza o to, mamy nasze własne liczby, które łącznie w 4 sprawozdaniach obejmują 1052 chorych (w I. 227 chorych, w II. 191, w III. 229, i w IV. 405) i przedstawiają się, jak następuje:

Krwioplucia i krwotoki

| | przed przybyciem do sanatoryum | | powtórzyły się w sanatoryum | poraz pierwszy w sanatoryum |
|---|---|---|---|---|
| I sprawozd. | u 34% | ogółu chor. | 18% | u 2·7% z całej licz. chor. |
| II » | » 36% | » » | 18% | » 0·8% » » » » |
| III » | » 31% | » » | 18% | » 2·0% » » » » |
| IV » | » 43% | » » | 20% | » 2·6% » » » » |

To samo da się mniej więcej powiedzieć o obawach, dotyczących rzekomo ujemnego wpływu gór na gruźlicę krtani. Już w poprzednich sprawozdaniach zaznaczaliśmy, że mieliśmy przypadki bardzo ciężkich gruźliczych powikłań w krtani, przysyłane do Sanatoryum przez wybitnych specyalistów laryngologów. Już ta okoliczność powinnaby do pewnego stopnia złagodzić strach na tym punkcie przed górami. Naturalnie to samo, co się dzieje z płucami, dzieje się i z krtanią. Niejednokrotnie spostrzegaliśmy wpływ dodatni naszego klimatu w przypadkach ciężkiej gruźlicy krtani i naodwrót. Przewidzieć z góry, kiedy i u jakiego chorego sprawa miejscowa w krtani polepszy się, niepodobna. Zależy to w znacznej mierze od poprawy stanu ogólnego, ta zaś od odporności ustroju. Zresztą, poza obrębem płuc, polepszenie się sprawy gruźliczej, usadowionej w różnych innych narządach (gruczoły, kości, otrzewna i t. d.) z wyjątkiem opon mózgowych[5]) i rozsianej gruźlicy prosówkowej, również zależy przeważnie od odporności ustroju, nie mówiąc naturalnie o niezbędnych zabiegach chirurgicznych, lub fizyczno-chemicznych[6]). Oczywiście cały szereg indywidualnych właściwości chorego odgrywa tutaj nieraz główną rolę i rozstrzyga wbrew powziętym z góry przewidywaniom, jaki klimat dla jego krtani, względnie i dla płuc, będzie odpowiedni. W każdym razie wyniki lecznicze w gruźlicy krtani do najgorszych nie należą. W pierwszych dwóch sprawozdaniach były nawet bardzo pomyślne, co zależy, rzecz prosta, od jakości materyału klinicznego. Przedstawiają się one statystycznie, jak następuje: Gruźlica krtani w stosunku do całej liczby chorych wynosi 11 prc.; z tego polepszenia doznało 40 prc. chorych, bez zmiany pozostało 44 prc., pogorszenie nastąpiło u 16 prc.

Tu z kolei należy wspomnieć o innych powikłaniach gruźlicy, które stoją w bliższym związku z przebiegiem leczenia podstawowej sprawy.

Z powikłań takich zauważyliśmy: zapalenie gruźlicze otrzewnej (1 przypadek), gruźlica jelit (14), przetoka ropno-kałowa w jelitach (1), gruźlica oka (1), błony śluzowej nosa (1), gruźlica narządu moczowo-płciowego (1), zapalenie gruźlicze opon mózgowych (1), próchnienie kręgów (1), wrzód gruźliczy na języku (1), przetoka odbytnicy (1), ropień kostny (2), gruczoły zropiałe (2), zgorzel płuc (1), odczyn dwuazowy (16), białkomocz (8), cukrzyca (5), choroba Basedowa (1), wybitna błednica (2), ciężka niedokrwistość (1), wrzód żołądka (1), kamica żółciowa (2), tętniak tętnicy głównej (1).

Nakoniec przytaczamy spostrzeżenia, na które zwracaliśmy uwagę czytelnika od początku naszych sprawozdań, a dotyczące ognisk gruźliczych: w prawem płucu z tyłu od grzebienia do połowy łopatki i w lewem z przodu w II. i III. międzyżebrzu, oraz spostrzeżenia, dotyczące specyalnej postaci suchego zapalenia opłucnej. Możemy tylko dosłownie powtórzyć to, cośmy pisali w III. sprawozdaniu, a mianowicie, że ogniska te wyprzedzają sprawę w szczytach, lub pojawiają się samodzielnie przy niezajętych szczytach, z natury są uporczywe, skłonne do rozpadu i wolniej się poprawiają, niż ogniska szczytowe. Przyczyna takiego usadowienia się ognisk jest nam nieznana. O suchem zapaleniu opłucnej, które tak często pojawia się przy gruźlicy płuc, powtarzamy znowu to samo, cośmy dawniej mówili, że spostrzegana przez nas postać odznacza się pewnemi właściwemi cechami, a mianowicie: usadawia się ogniskowo, na nieznacznej czasem przestrzeni (paru lub kilku cm kwadr.), zjawia się nieraz przelotnie, tarcie i ból ustępują bowiem w ciągu kilku godzin, czasem zaś powtarzają się albo znikają na stałe; czasem takie ograniczone zapalenie opłucnej przerzuca się na inne miejsce, daleko topograficznie od pierwszego ogniska położone; wreszcie objawy podmiotowe wcale nie pozostają w stosunku do zajętej przestrzeni lub chory wcale na nic się nie skarży i takie zapalenie opłucnej daje się wtedy wykryć dzięki tylko dokładnemu badaniu chorego.

Zaznaczamy, że liczba chorych z ogniskiem tylnem w prawem płucu wynosiła 26, z ogniskiem przednim w lewem płucu 13, razem 39, co stanowi 9,5% ogółu chorych. Zapalenie opłucnej spostrzegaliśmy u 62 chorych, czyli przeszło 15%.

Przechodzimy wreszcie w krótkich słowach do ogólnych wniosków. Zadanie nasze jest tu znacznie ułatwione, gdyż przy

[4]) Właściwie mówiąc, przysyłają nam jeszcze takich chorych, jednak mniej niż dawniej, — ale w Zakładzie ich nie zatrzymujemy, uważając to dla nich za bezcelowe, a dla Zakładu za szkodliwe.

[5]) Ostatniemi czasy klinika zapisuje przypadki wyleczenia gruźliczego zapalenia opon, przypisując dodatnie wyniki w niektórych razach systematycznie powtarzanym nakłuciom lędźwiowym.

[6]) Tutaj wspomnimy o bardzo dodatnich wynikach helioterapii w gruźlicy gruczołów, stawów, kości, otrzewnej itd., jakie mogliśmy osobiście stwierdzić w klinice Dr Rollier w Leysin.

omawianiu każdej poszczególnej pozycyi podawaliśmy wnioski, jakie same z odpowiednich liczb wypływały. Ogółem wyniki obecne są lepsze, niż we wszystkich poprzednich sprawozdaniach, gdyż sprowadzając je do jednego wspólnego mianownika, widzimy stosunkowo największą liczbę polepszeń u ogółu chorych. W liczbę tę zaś wliczona jest największa dotąd liczba polepszeń w III. okresie przy bezwzględnie i względnie największej liczbie chorych z tegoż okresu. Jest to wynik nader pomyślny. Świadczy o tem, iż metoda higieniczno-dyetetyczna jest pewnym, wypróbowanym środkiem przeciw gruźlicy płuc[7]), że środek ten przy umiejętnem i sumiennem stosowaniu w zamkniętym zakładzie może jeśli nie wyleczyć, to w każdym razie przedłużyć życie nawet u tej wyżej wymienionej kategoryi chorych w III. okresie, która posiada dość energii życiowej dla odniesienia choćby czasowego zwycięstwa nad zarazkiem choroby i jego toksynami. Śledząc przebieg leczenia u tej kategoryi chorych, nie wątpimy ani na chwilę, że pozostawieni na pastwę leczenia lekarstwami u siebie w domu, padliby w krótkim czasie ofiarą gruźlicy. Upoważnia nas do takiego twierdzenia ta okoliczność, iż wśród najbardziej pozornie chorych w III. okresie spotykamy niemal 60% ludzi zamożnych, zamieszkałych na wsi, wśród czystego wiejskiego powietrza, przy największych wygodach, w otoczeniu rodzinnem i t. d. I ci właśnie chorzy przybyli do Zakładu z największemi zmianami w płucach[8]).

Jeśli z jednej strony wyniki jakościowe są zadowalniające, to znów z drugiej strony wyniki ilościowe, czyli frekwencya chorych, jest niemniej zadowalniająca. Zestawiając liczby z pierwszego i obecnego sprawozdania, widzimy, iż frekwencya ta wzrosła w stosunku 4·2 do 6·4.

Z liczb tych wynika bezpośrednio wniosek, że Zakład się rozwija, zapewne dlatego, że jest instytucyą pożyteczną i spełnia przyjęte na siebie zadanie.

Prawda, iż na początku swego istnienia musiał wyrabiać sobie prawo obywatelstwa, walcząc z uprzedzeniami. Przedewszystkiem, jako zakład polski, musiał być uważany za gorszy, niż podobne zakłady zagraniczne, które dlatego tylko uchodzą za lepsze, iż są zagraniczne. Powoli ostre kąty tego przesądu siłą faktów zaczęły się ścierać, ale nie są jeszcze ostatecznie zaokrąglone. Powtóre uprzedzenie do tutejszego klimatu, a szczególnie do halnych wiatrów i do..... okresu topnienia śniegów.

Co się tyczy owych wiatrów, już kilkakrotnie zaznaczaliśmy, ż w przekonaniu ludzi, znających sprawę, nie mają one realnego znaczenia. Jakkolwiek bowiem są bardzo przykre, jednak, zgodnie ze spostrzeżeniami meteorologicznemi, pojawiają się średnio w ciągu kilkunastu dni w roku, czasem w ciągu kilku godzin tylko nocą lub podczas dnia. Wówczas stanowią istotną przeszkodę dla werandowania, ale zbyt krótkotrwałą, aby w ciągu leczenia mogła być poważnie brana w rachubę. — O okresie topnienia śniegu, który ma być niebezpieczny dla zdrowia, dlatego, iż — jak utrzymują — trwa dłużej, niż na nizinach, możemy śmiało twierdzić, iż dzieje się wręcz przeciwnie. Jest tu pomieszanie pojęć: długości zimy z okresem topnienia śniegu. Śnieg istotnie trwa dłużej i to naturalne, bo im wyżej, tem chłodniej. Natomiast sam okres topnienia śniegu jest wyraźnie krótszy, niż na nizinach, i to także naturalne, gdyż insolacya jest silniejsza, a powietrze suchsze. Podziwiać nawet potrzeba, jak nadzwyczaj szybko znikają grube warstwy śniegu pod wpływem wspomnianych wyżej czynników fizycznych. Na okoliczność tę zwrócił już dawno uwagę Lauth w znanem swem i bardzo ciekawem dziełku. (»Traitement de la tuberculose par l'altitude«. Paris 1896). Kto jednak temu nie wierzy, niech tu przyjedzie podczas okresu topnienia śniegu, a nie wątpimy, że się naocznie przekona o słuszności naszego twierdzenia.

Słówko na zakończenie.

Zakład nasz przebył już ogniową próbę niewiary społeczeństwa do instytucyi rodzimej. Nie będziemy wdawali się w ocenę czynników psychologicznych, które na ten sceptycyzm się składają. Dziś jest faktem, iż Zakład stopniowo się rozwija i jest nadzieja, że i nadal rozwijać się będzie. Przemawia za tem zaufanie, jakiem obdarza Zakład inteligentna część społeczeństwa naszego i życzliwość szerokich grup lekarzy polskich. Zadaniem ciała lekarskiego w Sanatoryum jest spełnianie niełatwych obowiązków, jakie nań nakłada sumienne i umiejętne prowadzenie Zakładu. Możemy z głębokiem przekonaniem powiedzieć, że w granicach naszych skromnych sił zadanie to spełniamy i nadal spełniać będziemy.

[7]) Leczenia swoistego z TBk nie bierzemy obecnie w rachubę, gdyż dotyczy ono tylko 16 chorych, czyli zaledwie 4% ogólnej liczby.

[8]) Przypominamy, iż ta kategorya chorych stanowi 34 wśród ogólnej liczby 134 chorych w III. okresie.

## Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

### Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

**Sprawozdanie miejskiego biura sanitarnego w Rzeszowie** za r. 1907, (szóste z rzędu) opracowane przez radcę Dr Zagórskiego i Dr Tellera, świadczy o wydatnych postępach w działalności miasta na polu sanitarnem i zapowiada rychłe urzeczywistnienie się bardzo doniosłych projektów asanizacyjnych. Na pierwszem miejscu stoją tu wodociągi. Ukończywszy prace wstępne, uchwaliło miasto ich budowę kosztem 2,308.000 kor.; uchwała ta czeka obecnie na zatwierdzenie sejmu. Z innych prac na tem polu wymienić należy dalszą regulacyę potoku Mikoszki,(wydano na to w r. 1907 30.412 K.), powiększenie sieci kanałów o dalsze 350 m. (przeszło 8.000 K.), ścieki, bruki, chodniki. Na konserwacyę bruków wydało miasto w r. 1907 5.573 K., na drogi szutrowane 10.860 K., na czyszczenie miasta (ulic) 16.679 K., wywóz nieczystości 1.342 K. i t. d. Rozpoczęto roboty około nowego cmentarza i budowli, na nim powstać mających. Oddano do użytku nowy, wzorowy budynek szkolny. Śmiertelność wynosiła w r. 1907 14·5‰. Sprawozdanie podaje wykaz przyczyn śmierci, dalej dane o chorobach nagminnych, które występowały w r. 1907 tylko sporadycznie, przytacza zarządzenia, wydane z powodu zagrażającej cholery, ogólną statystykę ruchu chorych w 5 miejscowych szpitalach, szczepienia ospy, stanu zdrowia młodzieży szkolnej, wiadomości o nadzorze nad zakładami przemysłowymi i środkami żywności i t. p. Całe sprawozdanie świadczy bardzo dodatnio o energii i pracy biura sanitarnego. *R.*

**Konkurencya w zawodzie lekarskim.** Sąd krajowy w Norymberdze rozpatrywał niedawno sprawę następującą: Pewien dentysta ułożył się ze swoim asystentem w ten sposób, że ten przyrzekł przez 3 lata nie osiedlić się ani w mieście N., ani też w promieniu 12 kilometrów od tegoż miasta, w przeciwnym razie zapłacić miał 10.000 marek odszkodowania. Asystent po pewnym czasie osiedlił się w mieście, a wtedy sąd w pierwszej instancyi przyznał owemu dentyście odszkodowanie w kwocie 7.000 marek, natomiast w drugiej skargę jego odrzucono, a to na tej podstawie, że praktyka lekarska nie jest podobnem zarobkowem zajęciem, jak kupiectwo i t. p., z tego też powodu konkurencya nie wchodzi tu rzeczowo w rachubę. Osoba, mająca dyplom, ma prawo wykonywać wszędzie praktykę i nie wolno nikomu, a zwłaszcza koledze, w tem go w żaden sposób krępować. *K.*

**Ciekawe zestawienie strat w wojnie** rosyjsko-japońskiej podał generalny lekarz armii japońskiej Dr Koike. W ciągu 21 miesięcy wojny uległo zranieniu 220.812 ludzi, z tego umarło 47.387. Lekarzy ogółem było 4.517, z tego zraniono 104, a zabito 19. W lazaretach i szpitalach leczono 236.223 chorych, wysłano do Japonii 320.000. Rosyan w japońskich szpitalach leczono 77.803. Służba sanitarna japońska składała się z 33.697 osób. Każdy żołnierz japoński dostał broszurkę o higienie na wojnie. Pożywienie żołnierzy składało się z ryżu (1 kg na osobę), 360 gm świeżego mięsa bez kości i jarzyn, prócz tego 2 razy na tydzień 200 gr sakke (wódka z ryżu) i często słodkie potrawy. Wolno było żołnierzom pić tylko przegotowaną wodę lub herbatę. W porównaniu z wojną chińską śmiertelność zmniejszyła się 33 razy, a skłonność do chorób 6 razy. Te dobre sanitarne wyniki odnieść należy do energicznej działalności i doskonałej organizacyi służby sanitarnej, jakoteż współdziałania wojska i ludu japońskiego. *K.*

**Stan epidemii w Galicyi.** Od 10 do 23 maja 1908 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w m. Lwowie 1, pow. Bóbrka (Brzozdowce 7, Hranki 3), Bohorodczany (Dźwiniacz 3, Kosmacz 1, Sołotwina 1), Brzeżany (m. Brzeżany 1), Buczacz (Trościaniec 12, Międzygórze 2, Uście zielone 1), Gródek jagiel. (Uherce niezabitowskie 6), Horodenka (Daleszowa 4), Jaworów (Czernilawa 4, Drohomyśl 7, Siedliska 2), Kamionka (Majdan stary 4), Lisko (Dzwiniacz dolny 7), Mościska (Czerniawa 3, Sądowa wisznia 8), Przemyślany (Poluchów w. 1), Rawa

(Biała 6, Zamek 1, Werchrata 1, Kamienna góra 4, Ulicko seredkiewicz 2), Rohatyn (Bursztyn 1), Skałat (Panasówka 1, Iwanówka 9, Połupanówka 3, Stary Skałat 3, Okno 3, Grzymałów 1), Sokal (Sokal 8, Spasów 1, Tartaków m. 3), Stryj (Tuchla 3), Stanisławów (Komarów 3), Zborów (Pleśniany 10, Presowce 8), i o 3 przypadkach ospy w pow. Chrzanów (Alwernia 2, zawleczone z Kwaczały), Podgórze (Podgórze 1). *Dr T.*

**Z ruchu ludności w Krakowie.** Od 17. do 23. V. 1908 urodziło się dzieci żywo 44, nieżywo 5; zmarło osób 53 (w tem obcych 19), z nich z gruźlicy 17 (5), zapalenia płuc 6, błonicy 1 (1), płonicy 2, odry 1 (1), duru brzusznego 1. *S.*

**Choroby zakaźne w Krakowie.** Od 17. do 23. V. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † 1 (tem obcych 2 † 1), krztuśca 4, płonicy 2, odry 10 † 1 (— † 1), duru brzusznego 1. *Dr Sch.*

**Choroby zakaźne we Lwowie.** Od 17. do 23. V. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 3 (w tem obcych —), krztuśca 3, płonicy 19 † 2 (4 † 1), odry 10, duru brzusznego 2 (1), duru osutkowego 2 (2), nagm. zapalenia opon 2 † 2. *Dr Leg.*

**Śmiertelność w m. Łodzi w kwietniu 1908** wynosiła 720, z tego 338 (36)[1] wypada na choroby zakaźne, zaś 382 (89) na choroby niezakaźne.

*A*) Choroby zakaźne: gruźlica płuc dzieci 14 (3): dorośli 84 (9) — razem 98, gruźlicze zapalenie opon 26 (5):4 (1) — 30, ospa 98 (2):1 — 99, odra 6 (1):0 — 6, dur brzuszny 5 (1):5 (1) — 10, zapalenie płuc 65 (8):8 — 73, błonica 6 (2): 0 — 6, płonica 2 (1):0 — 2, krztusiec 3:0 — 3, zakażenie połogowe 0:6 (2) — 6, inne 3:2 — 5; razem dzieci 228 (23): dorosłych 110 (13).

*B*) Choroby niezakaźne: nieżyt jelit 47 (11): 2 — 49, nieżyt dróg oddechowych 25 (3):0 — 25, wady serca 3: 35 (13) — 38, uwiąd starczy 0:29 (9) — 29, nieżywo urodzonych 50 (4), rozmaite 103 (24): 82 (24) — 185, z przyczyny niewiadomej 3:0; razem dzieci 231 (42): dorośli 151 (47). *Dr Bartoszewicz.*

## Wiadomości bieżące.

**Lwów.** Sprawa ustalenia bytu Pogotowia ratunkowego nie jest jeszcze rozstrzygnięta. Obecnie lekarze Pogotowia oświadczyli Zarządowi miasta, że gotowi są utrzymać na własną rękę Pogotowie w tym samym lokalu, jeżeli miasto zapewni Pogotowiu tę kwotę, jakiej żąda Poliklinika za utrzymanie Pogotowia (20,000 K).

— Na posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej wschod.-gal. w d. 13. V. 1908 przyjęto sprawozdanie prezydenta z ostatniego posiedzenia Wydziału wykonawczego Izb, zatwierdzono taryfę lekarzy w Przemyślu, rozpatrywano zatarg lekarzy z Kasą chorych w Drohobyczu i kilka spraw honorowych.

— Według »Tygodnika lek.« (21) znajduje się w Wiedniu na 2,019 słuchaczy medycyny 150 z Galicyi.

**Warszawa.** Komitet badania i zwalczania raka organizuje w dalszym ciągu komitety dzielnicowe. Polskie Towarzystwo lek. w Kijowie wybrało komisyę z 4 członków, która zorganizuje sekcyę przeciwrakową w Towarzystwie. W Poznaniu postarał się Dr Chłapowski, aby w urzędowym schemacie statystycznym niemieckim wprowadzono rubryki »rasa« i »wyznanie«, oraz uzyskał materyał statystyczny, zebrany w poznańskim zakładzie patol. przez Prof. Lubarscha i Bussego i materyał ten odpowiednio zużytkuje. Na Wołyniu wydał Dr Poczobut z Łucka własnym kosztem schematy statystyczne według wzoru warszawskiego i rozesłał je lekarzom, praktykującym na Wołyniu. (»Gaz. lek.« 20).

— Magistrat warszawski otrzymał z zapisu Konstantego Rakowskiego 10,000 rubli na przytułki położnicze i 20,000 rubli na dom wychowawczy przy szpitalu Dz. Jezus.

— Wydział dobroczynny magistratu uchwalił zamiast istniejących obecnie 6 przytułków położniczych, mogących pomieścić rocznie tylko 3,339 rodzących (na 40,000 zgłaszających się!), utworzyć 3 Zakłady położnicze po 30 łóżek. Koszt budowy każdego takiego zakładu obliczono na 35,000 rb., utrzymanie na 14,000 rb. rocznie.

— Zmarły niedawno nestor dentystów warszawskich Wilhelm Scheller (ur. w Brunszwiku 1819) zostawił szereg zapisów dobroczynnych. Między innemi zapisał 1,000 rb. warszawskiemu Tow. odontologicznemu, z czego połowę postanowiono przeznaczyć na powstającą Kasę samopomocy, 350 rb. na wydawnictwo podręcznika chorób zębów i jamy ustnej, rozpoczęte przez ś. p. Dra Dzierżawskiego i Prof. Łepkowskiego, a 150 rb. na wydanie mianownictwa dentystycznego polskiego.

— Na I. posiedzeniu nowozawiązanego Towarzystwa lekarskiego w Siedlcach w d. 9. V. b. r. wybrani zostali prezesem Dr Anastazy Sawicki, wiceprezesem Dr J. Szawelski, sekretarzem Dr Wąsowski. Wykłady na posiedzeniu mieli Dr J. Pruszyński i Dr Korybut-Daszkiewicz z Warszawy. Towarzystwo odebrało od wielu polskich Towarzystw i od Redakcyi »Przeglądu lek.« listy i telegramy powitalne.

— Komisye przeciwcholeryczne w Częstochowie uchwaliły wybrać Komitet sanitarny, czuwający nad ogólnym stanem sanitarnym miasta nietylko w czasie zagrażającej cholery, lecz stale. Do Komitetu wybrano Dr Kohna, Dr Nowaka, pp. Waręskiego, Kwiatka i Slaskiego, oraz jako prezesa, ks. Awałowa. Nadto należą do Komitetu z urzędu: prezydent miasta, lekarz miejski (Dr Marczewski) i budowniczy miejski.

**IV. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich.** Delegatami Towarzystwa lekarskiego lwowskiego do Polskiego Komitetu Zjazdu są prezes Prym. Dr Pisek i Dr W. Ziembicki, delegatem Towarzystwa lekarzy galicyjskich Prof. Dr Paweł Kučera, Towarzystwa naukowego warsz. p. Zygmunt Woycicki, a Towarzystwa higienicznego warszawskiego Dr Stanisław Kurtz.

**Z różnych stron.** W komisyi budżetowej parlamentu austryackiego podniósł minister oświaty konieczność większych ofiar na wychowanie dzieci, słabo rozwiniętych umysłowo, dalej doniosłość fizycznego wychowania młodzieży, w którym to celu mają być nauczyciele umyślnie kształceni, wreszcie wspomniał o zamierzonych badaniach statystycznych co do odżywiania się dzieci szkolnych.

— Rada pracy w Wiedniu zajmuje się od dłuższego czasu sprawą ubezpieczenia robotników na starość. Zdając z obrad tych sprawę w »Grundfragen der sozialen Versicherung in Oesterreich« wspomina Dr J. Baernreither, iż oparcie nowego ubezpieczenia o istniejącą już instytucyę Kas chorych natrafia na trudności, iż co do lekarzy nie uzyskano jeszcze ostatecznych wyników, iż jednak jego zdaniem powinniby lekarze w sprawie tej otrzymać należne stanowisko, a zarazem uzyskać możność zawodowego wykształcenia się przez utworzenie na wszechnicach katedr medycyny społecznej. Wielką trudność stanowi też sprawa szkód, jakieby lekarze ponieśli pod względem materyalnym przy zaprowadzeniu powszechnego ubezpieczenia. Rada pracy pozostawia ugodzenie się o wynagrodzenie porozumieniu Kas chorych z lekarzami, zaleca jednak wydanie ogólnych przepisów, normujących tę sprawę.

— Towarzystwo zwalczania partactwa w Wiedniu rozwija żywą działalność przez odczyty, broszury i t. d. Doskonałym środkiem walki okazały się publiczne »dysputy« lekarzy ze zwolennikami t. zw. naturalnego leczenia. Prezesem Towarzystwa obrano profesora patologii doświadczalnej, Dra Biedla.

— Na wydziałach lekarskich w Niemczech było w ostatniem półroczu zimowem 7,768 słuchaczy (o 670 więcej, niż w r. z.).

— Wśród chorych w szpitalach niemieckich było przed laty 30 chorych na kiłę 2,5%, obecnie jest 1,5%. Trędowatych żyje w Niemczech 28. Liczba leczonych w szpitalach na zapalenie wyrostka robaczkowego wzrosła od r. 1903 (8,412) do 1906 (16,781) w dwójnasób, śmiertelność spadła z 9,46 na 6,68%; śmiertelność z tej choroby jest największa w wieku młodszym (10—25 r. ż.).

— Miss Florence Nightingale, niezmiernie zasłużona w sprawie opieki nad chorymi i rannymi, obecnie 87-letnia staruszka, została mianowana przez króla angielskiego jednym z 20 rycerzy »orderu zasługi«, a przez miasto Londyn obywatelką honorową; międzynarodowa konferencya Czerwonego Krzyża postanowiła w r. z. utworzyć międzynarodowy medal zasługi imienia wielkiej filantropki.

— Międzynarodowe Towarzystwo urologiczne z siedzibą w Paryżu, właśnie się zawiązujące, zbierać się będzie na zjazdy co 3 lata; najbliższy zjazd odbędzie się w Paryżu z początkiem października. Prezesem biura zjazdu jest Prof. Albarran, wiceprezesami Prof. Posner z Berlina i Prof. Watson z Bostonu.

---

[1]) Liczby w nawiasie odnoszą się do ludności żydowskiej.

Ludność w Łodzi w roku 1907 wynosiła 348,997, w tem polaków 155,886, rosyan 9,398, niemców 94,284, żydów 79,785. Podług wyznań dzieliła się na: katolików 131,275, prawosławnych 9,241, maryawitów 29,620 (?), protestantów 88,992, starozakonnych 79,785. Urodzeń było w r. 1907 — 21,399, z tego 611 nieślubnych, a zmarło 8,285 osób. Przyrost ludności wynosił więc 13,114, urodzeń więcej niż śmierci i 455 nowoprzybyłych, razem 13,569 (?), czyli 3,8%.

Liczby te są oparte na danych urzędowych, ale pozostawiają zapewne wiele do życzenia pod względem dokładności.

**Mianowani:** Dr Pęski dyrektorem kliniki chirurgicznej w Charkowie; Dr Jan Nolken asystentem kliniki neurol., a Dr Jan Kostecki elewem kliniki chorób dzieci w Krakowie;

Dr Grazzi profesorem nadzw. laryngologii w Pizie, Dr Perroncito profesorem nadzw. parazytologii w Turynie.

**Zmarli:** Dr Fryderyk Janeczek, prezes państwowego Związku organizacyi lekarskich austr. i organizacyi dolnoaustr., wielce zasłużony w ruchu zawodowym, .w 41 r. ż. w Herrenbaumgarten; chirurg Dr Gigli we Florencyi.

**Redakcya otrzymała:** Beck: Über die Ermüdbarkeit des Nerven. »Arch. f. d. ges. Phys.« 1908. — Dobrzycki: Zdrojowiska i miejscowości lecznicze w Niemczech oraz nasze względem nich stanowisko. Warszawa. Wende i Sp. 1908. — Pawiński: Angina pectoris w świetle przeszłości. »Pam. Towarz. lek. warsz.« 1908.

**Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w maju 1908:** *Gazeta lekarska Nr 17—19:* Cykowski: Obrót zapobiegawczy. Biernacki (dok.). Rzętkowski (dok.). Gluziński (dok.). Wernic L.: Serodyagnostyka syfilisu oraz wartość próby Kleusner-Kreibricha. Goldberg: O leczeniu ambulatoryjnem wrzodów goleni. Wretowski: Przypadek wrzodnego zapalenia gardzieli, wywołanego przez laseczniki wrzecionowate. Maszewski: Nowy sposób radykalnej operacyi przepukliny pachwinowej u dzieci. — *Medycyna i Kronika lekarska Nr 18—21:* Arnstein: O dwóch nowych źródłach solanki w Ciechocinku. Hertz: O proteolitycznym odczynie jałowej ropy. Rosenthal: Samodzielnie trzymający się rozszerzacz dla powłok brzusznych. Janowski: Przyczynek do znaczenia krzywych, otrzymywanych przez przełyk z lewego przedsionka serca, dla dokładnego rozpoznania choroby Stokes-Adamsa oraz parę uwag o bradykardyi. Grosglik: Przypadek guza gruczołu krokowego o niezwykłym przebiegu. Endelmann: W sprawie pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego. — *Tygodnik lekarski Nr 18—21:* Czyżewicz jun.: Hyperemesis gravidarum. Słęk: O ostrej niedrożności jelit w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego. Starzewski: Kilka uwag o szpitalnictwie niemieckiem. Rosmarin: Rzut oka na endemię kiły w powiecie kossowskim. Wachholz: Z kazuistyki t. zw. otruć mięsem. Smużyński: Przypadki ostrej wewnętrznej niedrożności jelit i kiszek, leczone w klinice chirurgicznej we Lwowie. Maszewski: O otrzymywaniu drobnych ilości soku żołądkowego w pewnych stanach chorobowych. — *Nowiny lekarskie Nr 5:* Żołątkowski: Przyczynek do kwestyi choroby posurowiczej. Rubin (dok.). Bolewski: Dwa przypadki ropnia płatu skroniowego, pochodzenia usznego. Dziembowski: O rozpoznawaniu choroby Weila. — *Czasopismo lekarskie Nr 4:* Rosenblatówna: Przyczynek kliniczny do symptomatologii myxoedema infantum. Raszkes: (dok.). Goldberg: Przyczynek do leczenia ropni. — *Pamiętnik Towarz. lekarskiego warsz., zesz. I:* Łuczycki: Przyczynek do nauki o wpływie chorób zakaźnych na powstawanie zaburzeń umysłowych. Pawinski: Angina pectoris w świetle przeszłości. Gedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce. — *Postęp okulistyczny Nr 3:* Machek: O zmianie refrakcyi oka w niektórych przypadkach rozpoczynającej się zaćmy korowej. Rumszewicz: Jeszcze o szklistem zwyrodnieniu spojówki. — *Przegląd higieniczny Nr 5:* Karwowski: O seksualnem wychowaniu młodzieży. Czerszykówna (c. d.). Maślanka: (c. d.). — *Zdrowie Nr 5:* Kucharzewski: W sprawie wód mineralnych naturalnych krajowych. Chodecki: Alkoholizm a prostytucya. Lekarz: Kropla mleka w Dąbrowie. — *Kronika dentystyczna Nr 5:* Krakowski: Przyczynek do etyologii, symptomatologii i profilaktyki rtęciowego zapalenia śluzówki jamy ustnej. — *Głos lekarzy Nr 9—10:* Mikołajski: 1) Oferta Kółek rolniczych. 2) Nowsze usiłowania zmierzające do zwalczania partactwa leczniczego. 3) Ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych (c. d.). 4) IV. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich. 5) Ankieta międzynarodowa w sprawie tajemnicy lekarskiej. — Wątorek: Podstawy finansowe Tow. wzaj. pomocy lek. — Próby zbliżenia wzajemnego lekarzy narodowości słowiańskich. — Klęsk: W kwestyi materyału opatrunkowego.

Redaktor odpowiedzialny:
**Prof. dr Stanisław Ciechanowski.**

**Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego** odbędzie się **we środę d. 3. czerwca o godzinie 6 wieczór w klinice chirurgicznej.** Porządek dzienny: 1) Prof. Ciechanowski przedstawi preparaty anatomiczno-patologiczne. 2) Prof. Kader przedstawi chorych, operowanych w klinice.

## Zapiski przemysłowo-lekarskie.

### Nadesłane.

**Regulin** (Helfenberg) z agaru i wyciągu kaskary, jestto środek regulujący wypróżnienie, działający szybko, pewnie i nieszkodliwy. Brak smaku ułatwia zażywanie go nawet przez najkapryśniejszych chorych. Klimek (»Allg. med. Zeitg.« 1907, 8) stosował regulin w licznych przypadkach i uważa przetwór ten za pewny i wolny od wszelkiego działania szkodliwego, odpowiedni w lżejszych i średnio ciężkich przypadkach zaparcia. Tosamo sądzi Leo (»Münch. med. Wochs.«), Mollweide (»Therap. Monatshefte), Schellenberg (»Deut. med. Wochs.«) i i. *S. W.*